



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Maestría en Antropología de lo Contemporáneo

COVID-19:

La multiplicidad de la pandemia del 2020 en el sur del Ecuador

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Magíster en
Antropología de lo Contemporáneo

Autora:

Fu Yu Chang

CI: 0703481317

Correo electrónico: tulifu@gmail.com

Directora:

Maka Suárez Ontaneda PhD

C.I: 1711536936

Cuenca-Ecuador

13-septiembre-2021

Resumen:

Esta tesis explora la realidad de la pandemia de la COVID-19 en el año 2020 en una zona rural del sur del Ecuador. Combinando datos etnográficos, biomédicos, observación participante y a través de mi propia experiencia como médica de primera línea durante la pandemia, esta tesis analiza la multiplicidad de la COVID-19 comprendiéndola más allá de su realidad biomédica y mostrando históricas inequidades en los sistemas de atención pública. En conversación con la antropología médica y los estudios de ciencia y tecnología, esta tesis utiliza tres acercamientos: a) describe la producción de datos estadísticos a través de infraestructuras digitales mostrando que éstas no son neutras. Al mismo tiempo ilustra las conexiones entre los datos y las medidas tomadas en el manejo de la pandemia; b) relaciona el manejo de la pandemia con la in(capacidad) de responder a desastres debido a las deficiencias históricas en el sistema de salud público; y c) detalla las improvisaciones que cuidadores tanto profesionales como no profesionales han tenido que idearse para cuidar de sus enfermos.

Palabras claves: COVID-19. Infraestructura digital. Inequidades en salud. Cuidados.

Abstract:

This thesis explores the reality of the COVID-19 pandemic in 2020 in a rural area of southern Ecuador. Combining ethnographic and biomedical data, participant observation, and through my own experience as a front-line physician during the pandemic, this thesis analyzes the multiplicity of COVID-19, understanding it beyond its biomedical reality and showing historical inequities in public care systems. In conversation with medical anthropology and science and technology studies, this thesis uses three approaches: a) it describes the production of statistical data through digital infrastructures, showing that they are not neutral. At the same time, it illustrates the connections between the data and the measures taken in the management of the pandemic; b) it relates the management of the pandemic to the inability to respond to disasters due to historical deficiencies in the public health system; and c) it details the improvisations that both professional and non-professional caregivers have had to devise to care for their patients.

Keywords: COVID-19. Digital infrastructure. Health inequities. Care.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
Metodología.....	14
Organización de la tesis	19
CAPÍTULO I	21
Infraestructura digital COVID-19	21
Infraestructura digital COVID-19 y el sistema de salud.....	23
Atendiendo a las plataformas y no a los pacientes.....	29
La Inutilidad de los Datos Generados	32
CAPÍTULO II	38
Gobernanza de la salud: (in) capacidad para responder	38
Improvisando para brindar una “buena práctica médica” mediocre.	45
La (in)capacidad de las autoridades	52
CAPÍTULO III	60
Cuidados	60
Cuidando con Miedo	63
Cuidados informales frente a las limitantes o del sistema de salud público.....	70
La normalización del des-cuidado en el sistema de salud pública.....	75
Cuidando a los profesionales de la salud	80
CONCLUSIONES	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ABREVIATURAS	101

Cláusula de licencia y autorización para la publicación en el Repositorio Institucional

Fu Yu Chang en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “COVID-19: La multiplicidad de la pandemia del 2020 en el sur del Ecuador”, en conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 114 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 13 de septiembre del 2021



Fu Yu Chang

C.I: 0703481317



Cláusula de Propiedad Intelectual

Fu Yu Chang, autora del trabajo de titulación “COVID-19: La multiplicidad de la pandemia del 2020 en el sur del Ecuador”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 13 de septiembre del 2021

Fu Yu Chang

C.I: 0703481317



DEDICATORIA

A los pacientes: vivos y muertos, porque mi trabajo se debe a ustedes.

A los compañeros profesionales de la salud: vivos y muertos, porque me han sostenido en los momentos más difíciles.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo de un sin número de personas que creyeron en mí y me extendieron su mano especialmente en aquellos momentos en las que sentía que me derrumbaba. Pero quiero nombrar a tres personas en específico quienes crearon conmigo este trabajo, cada uno a su manera.

Ron Gordon por hacerme sentir una "héroe" demostrándome todo el amor a pesar de que estábamos aislados el uno del otro.

Daniel Ordóñez por las innumerables tazas de café con metal rock de fondo en las largas noches de trabajo.

Maka Suárez por creer que puedo llegar a ser antropóloga.

INTRODUCCIÓN

En el año 2020 el mundo se sacudió por la pandemia causada por un nuevo coronavirus. ¿Cómo esta estructura¹ que mide apenas 100 nanómetros, del que necesitamos aproximadamente 10 trillones² de ellas para que alcance el tamaño de una gota de lluvia³ ha causado tantos estragos en la humanidad? A lo largo de la historia las enfermedades infecciosas han jugado un rol importante en la formación de las sociedades; las epidemias nos han enseñado mucho sobre la política, el arte y los cambios en la historia (Snowden, 2019). La pandemia, considerada un desastre definido como un evento totalizador que eventualmente afecta a todos los aspectos de la vida comunitaria (Oliver-Smith, 1996) puede convertirse si lo permitimos en un laboratorio en donde se construye conocimiento.

El 31 de diciembre del 2019 las autoridades en China dieron declaraciones sobre una neumonía atípica⁴ producida por un patógeno desconocido que se presentó en algunos pacientes en la localidad de Wuhan. Poco después identificaron al patógeno como un nuevo coronavirus, pero no estaban claros si éste podía transmitirse de humano a humano. La Organización Mundial de la Salud (OMS) llamó al virus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) y a la enfermedad causada por el virus COVID-19 (coronavirus disease 2019). A solo un mes de la primera noticia oficial sobre el SARS-CoV-2, el 9 de febrero del 2020, ya habían muerto 811 personas con la COVID-19 en China y a inicios de marzo Italia ordenó confinamiento obligatorio tras el número excesivo de casos⁵. El 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud caracterizó oficialmente a la COVID-19 como pandemia. En lo que va de la pandemia, según la OMS, al 2 de febrero del 2021, se han reportado 113,016,701 casos acumulados en el mundo de los cuales más de 2 millones

¹ Todavía existe una discusión alrededor de que si un virus es un organismo vivo o no.

² 10 seguido por 12 ceros, para tener una perspectiva numérica.

³ Relación realizada por Carl Zimmer es su artículo de opinión The Secret Life of a Coronavirus publicada en New York Times, 26/02/2021. <https://www.nytimes.com/2021/02/26/opinion/sunday/coronavirus-alive-dead.html>. Texto traducido por la autora. Todas las traducciones del inglés al castellano en el documento son realizadas por la autora.

⁴ Neumonía atípica: se refiere a la neumonía causada por un patógeno, sea bacteria, virus u hongo que el cual no puede ser identificado por métodos convencionales.

⁵ Datos reportados por nbc News. <https://www.nbcnews.com/health/health-news/coronavirus-timeline-tracking-critical-moments-covid-19-n1154341>

y medio de personas han fallecido. Con esta misma fecha se registran 281,169 casos en el Ecuador con 2,390 nuevos casos reportados en las últimas 24 horas⁶.

En Ecuador, el primer caso (paciente cero) se reportó el 29 de febrero de 2020⁷. Es probable que esta no haya sido el primer contagio en el país, pero es el primer caso confirmado en Ecuador. Desde que se presentó el primer caso en el país, las cifras aumentaron de manera acelerada, especialmente en la provincia del Guayas. Con el objetivo de contener la diseminación del virus, el gobierno dispuso medidas drásticas limitando la movilidad de todos los ecuatorianos y bloqueando la movilidad internacional desde mediados de marzo 2020. Con las medidas de confinamiento iniciales, se logró mantener de cierta manera un control en la diseminación de la enfermedad; hubo un aumento progresivo de casos, pero la curva de contagios en el país, a excepción de Guayaquil, permaneció relativamente plana. Ante esta tendencia de la curva, el gobierno implementa la estrategia de la “semaforización”, el cual consiste en que cada cantón dependiendo del número de casos y sus condiciones individuales, decidan el tipo de restricción que quieran implementar: color rojo para una restricción estricta, amarillo para una restricción moderada y verde con restricción mínima. Inicialmente hubo un estricto confinamiento en el que todo el país estaba en semáforo rojo. Sin embargo, los municipios, no tardaron en pasar todos a la semaforización amarilla tan pronto pudieron a pesar de que la mayoría no cumplía con las condiciones según recomendaciones internacionales⁸ para la reapertura de las actividades. No pasó mucho tiempo entre el cambio de semaforización y cuando la tendencia de la curva en el país se agudiza y presenta una escalada.

Soy médica familiar y comunitaria desde hace un poco más de 3 años. Desde pequeña quería ser médica y siempre veía a la medicina como una herramienta para servir a la sociedad. Desde el 2012 trabajo en el Ministerio de Salud Pública (MSP) en un distrito que es mayoritariamente rural, inicialmente como médica general y luego como médica familiar y comunitaria o lo que llaman “especialista de primer nivel.” Llamamos a los médicos familiares especialistas de primer nivel porque solemos ser el primer contacto que tienen los pacientes

⁶ <https://covid19.who.int/table>

⁷ Fecha del diagnóstico. Se cree que la paciente arribó al país el 14 de febrero del 2020 sin presentar síntomas.

⁸ Recomendaciones de la Iniciativa Resolve to Save Lives: When and How to reopen after COVID-19. https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/04/COV020_WhenHowLoosenFaucet_v4.pdf

con el sistema de salud pública. Somos los únicos médicos que durante los 3 años de especialidad nos entrenamos en la comunidad, en los establecimientos de salud⁹ y no en los hospitales. Durante la mayor parte del 2020 (abril hasta diciembre) trabajé como apoyo en el proceso de Vigilancia Epidemiológica¹⁰, ayudando al manejo del COVID-19. El proceso de Vigilancia Epidemiológica es el encargado de coordinar el manejo de todos los casos reportados de COVID-19 del distrito. Llegué a Vigilancia Epidemiológica de forma voluntaria. Mi compañero, el Dr. Carlos, era el único en el proceso y, dada la magnitud de la pandemia en nuestro país, necesitó ayuda urgentemente para el manejo de casos que generó la pandemia en nuestra zona. Nuestro distrito de salud asiste a una población relativamente pequeña: 42 mil habitantes; pero está distribuida en 18 establecimientos de salud¹¹ incluyendo un hospital básico¹². Es desde el puesto de Vigilancia Epidemiológica con mi formación de médica familiar y comunitaria de donde hago esta etnografía sobre la pandemia en el sur del Ecuador.

Con mi trabajo como médica familiar, me encuentro en la permanente búsqueda de querer mejorar las condiciones de salud de mis pacientes, para esto es necesario ser crítica y construir un diálogo. Como Ingold (2017) sugiere “debemos construir ese futuro juntos, para nosotros mismos, y esto solo se puede hacer mediante el diálogo. La antropología existe para ampliar el alcance del diálogo: para hacer una conversación de la vida humana en sí”. Antropología según Ingold (2017, p.22) es “una indagación, abierta, generosa, comparativa y, sin embargo, crítica de las condiciones y posibilidades de la vida humana en el mundo que todos habitamos”. La pandemia de la COVID-19 es una oportunidad única en la cual las posibilidades para “indagar” como lo plantea Ingold son infinitas. Como una persona que quiere formarse en el conocimiento antropológico no podía dejar pasar este momento histórico.

⁹ Antiguamente llamados subcentros o centros de salud.

¹⁰ Proceso de Vigilancia Epidemiológica, es el proceso que se encarga de registrar, analizar, reportar y hacer seguimiento de algunas enfermedades que requieren de “reporte epidemiológico”. La mayoría de estas enfermedades son prevenibles con vacunas y otras son enfermedades que pueden llevar a epidemias.

¹¹ Establecimiento de Salud, antes llamados Subcentro de Salud. Es el servicio de salud que está en contacto directo con la comunidad, la puerta de entrada a los servicios del Ministerio de Salud Pública. La atención es gratuita y en las zonas rurales suelen utilizar médicos, enfermeros y odontólogos que están cumpliendo su año de servicio rural. Desde hace 4 años aproximadamente existen Médicos Familiares en algunos de estos establecimientos.

¹² Hospital Básico u Hospital de Segundo Nivel, es el servicio que ya cuenta con quirófano, hospitalización y emergencia de 24 horas. Cuentan únicamente con las cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría.

¿Por qué hacer un acercamiento antropológico a la pandemia? Snowden (2019) argumenta que la pandemia de la COVID-19 como otras pandemias no es un evento accidental o fortuito; profundiza que las epidemias afligen a las sociedades a través de situaciones de vulnerabilidad específicas causadas por la relación cambiante del ser humano con su medioambiente. Se cree que el COVID-19 tuvo sus inicios en un mercado vivo en Wuhan, China, en donde muchas especies son extraídas de sus hábitats y puestos a convivir de forma inadecuada en un ambiente poco sanitario¹³. El virus SARS-CoV-2, responsable del COVID-19 probablemente saltó de un murciélago a un pangolín y de éste al ser humano en este mercado. Aunque todavía no existe un conocimiento exacto sobre el tránsito del virus, lo que sí sabemos es que las prácticas actuales de producción, circulación y consumo de productos y servicios han modificado ciertos hábitats humanos y no humanos de maneras irreversibles. Para adaptarse a diferentes necesidades económico-sociales el ser humano se vio obligado a adquirir prácticas que no respetan los ecosistemas, obligando también a que los distintos tipos de virus se adapten, es decir muten. Estas teorizaciones antropológicas sobre salud, medioambiente y adaptabilidad, puede resumirse en el giro antropológico que se conoce como el antropoceno (que va más allá de la antropología), observando como el ser humano es responsable de los efectos que ha causado en el mundo y como Donna Haraway (2016) dice: response-ability del ser humano (habilidad de responder). El antropoceno, en este sentido, reconoce al humano como actor y agente dentro de esta era geológica, no como un ser aislado sino como parte de ella. Hablar de antropoceno permite además, un acercamiento multidisciplinar donde los datos de las diferentes disciplinas converjan para así apreciar las dinámicas causa-consecuencia-causa (Latour, 2017). Me interesa particularmente el acercamiento multidisciplinar en un contexto donde analizo la pandemia de la COVID-19 en el sur del Ecuador desde, al menos, dos perspectivas: como médica y como antropóloga.

Por el lado médico, y en conversación con una larga tradición en la antropología médica que se enfoca en como los cuidados de salud se desarrollan en distintos contextos (Farmer; Scheper-Hughes; Bourgois et al 2017), presté particular atención a la manera en la

¹³ Posteriormente las investigaciones apuntan que pudo el SARS-Cov-2 se liberó de forma accidental desde laboratorios en donde se estudiaba el virus debido a mal manejo de bioseguridad en esas instituciones. <https://www.nytimes.com/2020/11/02/world/who-china-coronavirus.html>

que los afectos (Stewart, 2007), el miedo (Green, 1994) y el parentesco (Mckinnon et al., 2013) dieron giros particulares durante la propagación del COVID-19 en el contexto específico del sur del Ecuador. La antropología médica crítica reconoce la importancia de complementar el conocimiento entre las diferentes perspectivas: ecológica, biocultural y económica política (Leatherman, 1996). La perspectiva ecológica se caracteriza por su visión holística e integradora. El acercamiento biocultural permite entender la adaptabilidad humana a los problemas sociales y medioambientales. Estos procesos de adaptación crean cambios históricos los cuales a su vez crean nuevos problemas que requieren de nuevas adaptaciones. Al hablar de adaptaciones se puede hacer también un análisis desde la teorización de riesgos (adaptabilidad humana) en la salud y resiliencia para comprender las formas con las cuales las personas tratan de mitigar los efectos de las inequidades en la salud (Panter-Brick, 2014). Young (2017) siguiendo a Max-Neef: las necesidades pueden ser simultáneas, pueden complementarse o pueden ser compensadas. ¿En qué forma se adaptan las personas a situaciones cambiantes e inciertas?

El objetivo de esta investigación es analizar la forma en que la pandemia es “múltiple”. Esto implica prestar atención a los diversos aspectos y actores que participan en una pandemia. Me interesa documentar las relaciones entre humanos y no humanos, la gobernanza de la salud, y la vida cultural de la COVID-19 más allá del diagnóstico. Tanto el personal de salud como los pacientes sospechosos o confirmados para COVID-19 pasan por procesos sumamente traumáticos porque se trata de una enfermedad nueva y desconocida, un virus de rápido contagio y sobre el que existe todavía mucha incertidumbre; y porque los procesos y protocolos médicos en el país han sido cambiantes e inestables en parte por la naturaleza de la enfermedad, pero también por las condiciones económicas, políticas y sociales en las que sucede la pandemia.

Para entender este contexto surgieron las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué narrativas se producen frente a un virus invisible con afectación mortal para varios grupos humanos? ¿Cómo las personas, tanto servidores de la salud como pacientes, han modificado su comportamiento a causa de la COVID-19? ¿Cómo y por qué el sistema de salud público se ha reestructurado o no ante la pandemia? Este trabajo es el resultado de una investigación

con pertinencia local pero conectada a debates globales de la antropología médica y de los Estudios de Ciencia y Tecnología.

Metodología

Como médica familiar del sistema de salud público trabajando en la zona rural del sur del país vivo todos los días los efectos de la pandemia del COVID-19 como si estuviera en un experimento. Los cambios son constantes, las dinámicas se modifican a cada instante y la incertidumbre está siempre presente: observamos y aprendemos todo el tiempo. Me encuentro en una situación privilegiada para hacer etnografía y observación participante tanto en y del sistema de salud como con los pacientes y sus allegados golpeados por la COVID-19. Este es un momento único para el aprendizaje antropológico y el conocimiento etnográfico está particularmente bien situado para evidenciar aspectos de la cotidianidad de una pandemia en una zona rural del Ecuador. Así como vamos aprendiendo cosas nuevas sobre el virus cada día, debemos también aprender sobre nuestra relación con el virus progresivamente.

Me interesa en este estudio etnografiar “más allá” de la enfermedad. En este sentido y siguiendo a Annemarie Mol (2002) quiero comprender como una enfermedad—en este caso la COVID-19—puede ser entendida desde sus multiplicidades y no desde su singularidad. A lo que me refiero es a comprender como “se hace” la enfermedad desde diferentes aristas: su gobernanza, su práctica hospitalaria, sus discursos, las vivencias de los cuerpos, pero también las fricciones, los dolores, las pérdidas, las incomprensiones detrás de la COVID-19 a partir de mis vivencias e interacciones como médica. En este trabajo etnografié objetos, narrativas, diagnósticos médicos, datos estadísticos, tecnologías y formas de vivir la enfermedad. También conversé con muchas personas sobre su experiencia en primera línea de atención de salud o sobre sus experiencias atravesando la enfermedad. Todas ellas estuvieron informadas de mi trabajo de investigación y consintieron a que utilice esa información en esta tesis una vez estuviera anonimizada. En particular me interesa la invitación de Mol (2002) a aceptar y convivir con la duda en la práctica médica, es decir, a no tener respuestas definitivas y dejar la puerta abierta a que las cosas puedan ser de otra

manera, a que la realidad sea múltiple. En sus palabras: “un análisis como ésta abre y mantiene abierto la posibilidad de que las cosas puedan ser hechas de forma diferente [...] Al hacer hincapié en la multiplicidad ontológica, este libro pone al descubierto la posibilidad permanente de configuraciones alternativas [de la enfermedad]” (Mol 2002, p. 164).

Esta investigación se basó en una etnografía, pero una etnografía pensada como una tecnología (Fortun, 2012), la cual puede ser diseñada de diferentes maneras. Quiero experimentar y desafiar las formas tradicionales de hacer etnografía para encontrar espacios epistémicos novedosos que son posibles solo a través de un acercamiento interdisciplinar donde la biomedicina, la medicina social y la antropología confluyen para plantear nuevas preguntas en la forma de construir conocimiento. Con esto no quiero decir que se dejará de lado el método etnográfico tradicional y la observación participante, esta será sin duda parte esencial de la investigación, simplemente quiero combinar mi acercamiento con los estudios de ciencia y tecnología (STS¹⁴) interesados en conocer también la formación de conocimiento de la ciencia. En este caso implica también documentar como los diferentes conocimientos sobre la COVID-19 se construyen. Para los objetivos propuestos, quiero entretelar la información obtenida en la observación participante, datos físicos, médicos y de laboratorio utilizados siempre dentro del marco ético del uso de datos y del consentimiento de mis interlocutores.

Debido a mi formación como médica familiar y mi situación de apoyo en el proceso de Vigilancia de la Salud, también conocido como epidemiología, durante la epidemia de la COVID-19 algunas de mis obligaciones fueron: evaluar a los casos sospechosos de COVID-19 y tomar la muestra de hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo para la prueba de PCR, formación de cercos epidemiológicos, seguimiento de pacientes positivos. Adicionalmente, estoy entrenada para hacer historias clínicas integrales en las que recolecto información no solo de los signos y síntomas físicos sino también datos sobre la familia de los pacientes, datos de su trabajo, condiciones socioeconómicas, relaciones sociales, condiciones de vivienda, condiciones sanitarias, etc. Lo que se planteó metodológicamente para esta tesis es una combinación de métodos cualitativos rápidos utilizados en “contextos de emergencias de

¹⁴ Las siglas son por el acrónimo en inglés Science and Technology Studies.

salud complejos” (Johnson & Vindrola-Padros, 2017) así como el uso de métodos de documentación más extensa propios de la antropología socio-cultural. Los métodos cualitativos de investigación en contextos de emergencia pueden servir para comprender los aspectos sociales de una epidemia que pueden pasar desapercibidos por el personal médico pero que son cruciales para la comprensión de la pandemia en nuestro caso, y así aportar al planteamiento del tratamiento adecuado y las políticas de salud que se diseñen a futuro. Asimismo, Lurie et al. (2013) muestran cómo la colaboración interdisciplinar en estos contextos de emergencia es indispensable para documentar (y posiblemente mejorar) la capacidad de respuesta, prevención y recuperación en diversas poblaciones que afrontan epidemias masivas como, en este caso, la de la COVID-19. Parte de mi metodología entonces sigue estos postulados y ofrece documentar la respuesta a la pandemia de los equipos de salud de una localidad rural en el sur del Ecuador. Por consideraciones éticas, en la metodología no se incluyó información específica del personal de salud o de personas contagiadas ni tampoco se utilizan datos médicos confidenciales de ningún tipo. Lo que se ilustró fueron los procesos de respuesta, así como un mapeo local de las actividades llevadas a cabo desde los espacios de la salud en su sentido amplio y mis propias experiencias al trabajar en primera línea de respuesta.

En el contexto del estudio que propongo, hubo personas a las que no se pudo entrevistar. Aquí, para desafiar mi yo médica seguí particularmente la propuesta de Emily Martin (2009) metodológica y teóricamente. Como menciona Martin (2009, p.119), “el diagnóstico constituye solamente la categorización de una persona entre muchas y es una descripción que juega parte activa en el imaginario cultural más amplio.” Al documentar la bipolaridad, Martin se encontró con la dificultad de entrevistar a personas que participaban en grupos de ayuda mutua ya que no era posible entrevistarlos. Esto le obligó a ingeniar otra manera de acercarse a la realidad de sus interlocutores para teorizar la bipolaridad. Como dice ella misma (2009, p.139), “mi pánico a no ser capaz de seguir las líneas racionales y lineales de la entrevista fue sustituido por el asombro: asombro ante la importancia de lo que no se dice, asombro ante lo que se puede aprender de cosas socialmente reprimidas, asombro ante las nuevas percepciones conseguidas al participar y observar la vida *en solución*”. En cierto modo, parte de mi teorización se basa en observaciones en “primera línea” del manejo

de COVID-19 y creo que la etnografía tiene una capacidad única de documentar aquello que “no se dice”. Aunque se entrevistó a muchas de las personas con las que trabajo y pacientes a quienes atendimos, otras situaciones, por ejemplo, personas que están con mascarilla por necesidad de oxígeno, no permiten este acercamiento. La propuesta de Martin será útil en esos casos.

Adicionalmente, utilicé también aquellos acercamientos metodológicos más usuales en la antropología. A través de una etnografía de la pandemia realicé observación participante—mediada, evidentemente, por mi rol de médica de la salud y el consentimiento de mis interlocutores—para comprender la cotidianidad de la pandemia en el contexto local. Se observó cómo las personas desarrollan ciertas cotidianidades con el confinamiento tanto si no están contagiados como los cambios que surgieron (o no) cuando las personas se convierten en positivas. En este contexto es también relevante resaltar mi interés por comprender los miedos, deseos, preocupaciones, ansiedades y otros efectos derivados de la pandemia de la COVID-19. Mi propósito es que todos estos datos, tanto médicos como etnográficos se entretrejan dando como resultado una bioetnografía. La bioetnografía como método para llegar a un mejor entendimiento sobre las historias y las circunstancias de la vida que moldean la salud, enfermedad e inequidad, así como un mecanismo que permita plantear nuevas preguntas que no serían posibles desde una sola disciplina (Roberts & Sanz, 2017).

Tomo también como ejemplo etnografías del desastre y pandemias (Adams, 2013; Fortun, 2009; Leach, 2015) donde perspectivas de más largo aliento permiten observar las múltiples maneras en las que un desastre—o una pandemia—no son un evento concreto y específico, sino que tienen ramificaciones de largo aliento que pueden develar injusticias sociales y formas de organización política específicas. Como explica esta literatura, metodológicamente es posible documentar estos eventos mediante observación participante, diarios de campo, entrevistas a profundidad con actores clave, y a través de un acercamiento íntimo con las personas con las que trabajamos. Esto es posible para mí dada mi cercanía a muchas de las personas que trabajan en el sector de la salud, así como las personas que viven en este espacio rural del sur del Ecuador.

El estudio se realizó en los cantones nororientales de la provincia del Azuay, la zona delimitada está determinada por el área de influencia del equipo de epidemiología al que pertenezco.

Durante la investigación fui registrando la información etnográfica y las notas de observación participante de forma diaria ya sea en los cortos períodos de tiempo libre durante el trabajo, en los momentos que el chofer nos movilizaba de una localidad a otra, pero principalmente hacía los registros escritos durante la noche cuando llegaba a casa. En algunas ocasiones lograba hacer registros fotográficos. La recolección de datos fue muy difícil realizarlo en el momento mismo de los sucesos por la naturaleza de mi trabajo. No fue posible tomar notas en el momento mismo de la atención a los pacientes debido a que tenía que utilizar todas mis prendas de protección y como medidas de bioseguridad se intenta entrar a los domicilios únicamente con la mínima cantidad de implementos médicos posible.

Para los datos médicos de los pacientes, signos, síntomas, resultados de exámenes pude acceder a la plataforma digital como funcionaria del Ministerio de Salud Pública. Se utilizó datos únicamente de los pacientes de quienes se obtuvo consentimiento informado. Igualmente se obtuvo consentimiento de los pacientes que están incluidos en las etnografías específicas que se utilizó para este informe final. En cuanto a los datos numéricos y estadísticos tuve acceso directo durante mi trabajo apoyando al Proceso de Vigilancia Epidemiológica. Dichos datos no tienen conflicto ético puesto que se utilizó únicamente los datos estadísticos anonimizados que son información pública que cualquier persona puede acceder.

En algunos de los escenarios descritos en la investigación se nombra a profesionales de la salud a quienes no se solicitó consentimiento informado debido a la naturaleza de sus posiciones como representantes políticos. En ese caso se utilizan fuentes secundarias de información como notas o ruedas de prensa y comunicados oficiales de las diferentes entidades de gobierno. Fuera de esos casos específicos, todos los colegas y pacientes fueron notificados sobre este trabajo de titulación durante todo mi proceso de recolección de datos.

Organización de la tesis

Debido a mi situación privilegiada, desde la perspectiva de una etnógrafa, el haber estado día a día viviendo la pandemia desde primera línea, con los pacientes, con los profesionales de la salud, sin haberme aislado, tuve la posibilidad de observar todo de cerca. Vivir la COVID-19 diariamente me permitió registrar una cantidad de información que venía de todos lados. Como comentaba alguna vez con amigos, pude ver todo en la COVID-19 y vi la COVID-19 en todo. Lamentablemente la tesis debe ser finita y tuve que escoger unos pocos enfoques específicos para tratar en esta ocasión, esperando que la información recolectada pueda ser también utilizada en estudios futuros.

A lo largo de todos los capítulos, iré combinando la etnografía con su respectiva teorización para que el análisis se sienta más real y más situado en su momento.

En el primer capítulo, aprovechando mi cercanía con el proceso de recolección de datos durante la pandemia, explicaré cómo la infraestructura digital definió la COVID-19. A través de la infraestructura digital nos adentraremos en todas las dinámicas detrás de la producción de datos estadísticos; describiré cómo esta producción de datos determina el accionar de los profesionales de la salud y viceversa; y cómo estos accionares a su vez provocan sentimientos y emociones. Aquí es donde haremos el acercamiento antropológico utilizando las relaciones de humanos con lo no humano, y trataremos de aprender lo que lo no humano pueda decir de lo humano.

El segundo capítulo hará un acercamiento desde la gobernanza en situaciones de desastres y emergencias. Expondremos las dinámicas políticas que se llevaron a cabo en el sur del Ecuador detrás del manejo de la pandemia. Cómo se tomaron las decisiones para enfrentar la COVID-19, y cómo estas decisiones repercutieron en la capacidad del sistema de salud para responder. Se dará especial importancia al contexto histórico y local para analizar cómo los sucesos nunca están aislados. Este capítulo está fuertemente ligado al

capítulo uno porque se evidencia la relación que existe entre la generación de números estadísticos y datos con la actuación de las autoridades¹⁵.

Y finalmente, en el tercer capítulo tocaré un tema sentido de forma muy personal durante mi experiencia en la pandemia: los cuidados. Se analizará los cuidados desde las diferentes perspectivas, los cuidados formales (de parte del sistema de salud), los cuidados informales (por parte de familiares y amigos) y los cuidados a los profesionales de la salud de primera línea. Hablaré de la forma en la que la COVID-19 ha alterado el cuidado “normal”, si alguna vez hubo un cuidado normal, y cómo éste varía dependiendo de las condiciones geográficas y socioeconómicas en las que las personas se encuentran y lo que estos cuidados significan para cada uno de los interlocutores.

Lo que intento hacer es que estos múltiples acercamientos no estén aislados sino interconectados, entretejidos para hacernos ver la COVID-19 como un todo y a través de estas lecturas comprender, pensar críticamente y tomar responsabilidad sobre el futuro bienestar de la sociedad.

¹⁵ Es importante señalar que este capítulo está inspirado en una presentación co-escrita con Maka Suarez para la conferencia “A Revelatory Pandemic? Disaster Social Science and COVID 19 in Latin America” que se llevará a cabo el 20 y 27 de abril de 2021 en Nueva Orleans y de manera virtual.

CAPÍTULO I

Infraestructura digital COVID-19

Durante de la pandemia de la COVID-19, como en otros brotes de enfermedades infecto-contagiosas, es importante la recolección de datos desde el inicio para la contención de la enfermedad. En este caso, siendo una nueva enfermedad la recolección de datos se vuelve primordial para comprenderla. Cada país o región tiene su propio sistema de recolección de datos, en la actualidad la mayoría son plataformas digitales. Cada sistema tiene sus particularidades, pero todos responden a necesidades epidemiológicas previamente establecidas. Por ejemplo, todas las plataformas deben tener datos de identificación del paciente, edad, sexo, lugar de domicilio y teléfono, actividad laboral, antecedente de viaje, contacto con otras personas enfermas, fecha de inicio de síntomas; y según las necesidades de cada país o región pueden permitir el registro de otros datos que consideren relevantes. En Ecuador utilizamos la Plataforma Digital de Vigilancia Epidemiológica (ViEpi) durante los primeros 10 meses de pandemia y luego se introdujo el Aplicativo COVID-19 PCR. Estas infraestructuras digitales son manejadas por los equipos de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública (MSP) pero existen otros entes privados y públicos que también tienen acceso a la plataforma porque son actores clave en el registro y producción de datos. Los laboratorios del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) tienen acceso a esta infraestructura digital porque son los encargados de procesar las muestras de diagnóstico. Los laboratorios privados acreditados por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS) también tienen acceso a estas infraestructuras digitales porque tienen la obligación de reportar los casos que ellos identifican y diagnostican. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) también tiene acceso a través de sus servicios de salud. Esta infraestructura digital es la que genera los números que son publicados en los reportes oficiales.

En esta infraestructura digital quiero también incluir a la historia clínica electrónica o Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS). El PRAS no es utilizado

exclusivamente para la COVID-19 (ni tampoco lo es el ViEpi) pero es un instrumento que los funcionarios de salud del MSP utilizamos todos los días para la atención de los pacientes.

¿Cómo podemos entender la pandemia de la COVID-19 a través de esta infraestructura digital? ¿Qué nos dice la infraestructura digital sobre los servicios de salud, el gobierno y la construcción del conocimiento sobre la enfermedad? ¿Qué hay detrás del diseño en la construcción de esta infraestructura digital y de la gobernanza epidemiológica? ¿Por qué se decide recolectar ciertos datos y dejar de lado otros? Los Estudios de Ciencia y Tecnología (STS) han demostrado que los instrumentos y materiales en sí no son neutrales; por el contrario, están moldeados por los valores y la política de sus diseñadores y la sociedad de la que forma parte (Woodhouse & Patton, 2004). Bush (2009) utiliza el concepto de *valencia*, como la valencia de los átomos y explica que las tecnologías pueden ser preferidas en ciertas situaciones, tienden a desempeñar de una forma predecible en estas situaciones pero también se someten a otras interacciones. La valencia tiende a buscar o encajar dentro de cierta norma social e ignorar o perturbar otros. Hay que tener en cuenta también que la interacción entre los instrumentos y el usuario no es unidireccional. En este caso, el ViEpi fue creado para uso epidemiológico, pero el uso del ViEpi nos limita a la recolección de información que esta plataforma nos solicita, dejando de lado otra información que puede ser importante en otros contextos, como por el ejemplo en el manejo clínico. La COVID-19 es una enfermedad nueva y estamos aprendiendo sobre ella todo el tiempo, los síntomas de alarma inicialmente eran solo tos y fiebre, luego se sumó diarreas, luego la pérdida del olfato y gusto. En el ViEpi no se registran los síntomas de los pacientes, pero esta información puede ser muy útil para conocer cuáles son los síntomas más comunes en nuestro medio. En las primeras etapas de la pandemia, una de las médicas de primera línea me comentó en una de nuestras visitas: “este paciente es de alta sospecha, yo creo que sí sale positivo, todos mis pacientes que han dado positivo con síntomas leves tienen taquicardia y él tiene taquicardia”. El dato de la frecuencia cardíaca, en caso de haberla registrado podía habernos dado una pauta para identificar un patrón de presentación clínica de nuestros pacientes COVID-19. Meses después del comentario de mi colega médica familiar, la guía prestigiosa de enfermedades infecto contagiosas “Sanford” incluyó a la taquicardia como uno de los síntomas iniciales de la COVID-19.

En este capítulo pretendo utilizar estas infraestructuras digitales, el ViEpi, como punto de partida para entender primeramente el funcionamiento de los servicios de salud. Detrás de esta infraestructura digital existe todo un proceso complejo desde la recolección de datos, el registro de los datos en la plataforma, hasta llegar a la generación de los números y gráficos. Los servicios de salud del país están directamente vinculados a este proceso y analizados desde la antropología vemos que están histórica y culturalmente situados, es decir, responden a lógicas específicas del tratamiento de una pandemia en el contexto ecuatoriano. Esto nos permite comprender el funcionamiento de estas infraestructuras, así como los servicios de salud, su organización y gobernanza. Por esto, en segundo lugar, quiero comprender cómo la infraestructura digital moldea las decisiones que las autoridades toman en torno a la pandemia. El número de casos positivos, el número de fallecimientos, el número de recuperados permiten a las autoridades tomar decisiones que a su vez van a determinar la tendencia de los números que se generarán en el futuro. Finalmente, no quiero dejar de lado el análisis de los otros datos que la infraestructura digital está generando. Fuera del número de casos COVID-19 que genera el ViEpi y las infraestructuras digitales, éstas registran otra información que es relevante para la epidemiología. El cruce de todos estos datos nos permite realizar asociaciones y construir nuevo conocimiento acerca del comportamiento de esta enfermedad. Por ejemplo, cruzando los datos de casos positivos, edad y hospitalizaciones llegamos a la conclusión de que la COVID-19 afecta con más gravedad a adultos mayores que el resto de la población. El ViEpi es un instrumento epidemiológico, recolecta datos biomédicos, el conocimiento generado será centrado en el aspecto biomédico de la pandemia, pero ¿es la pandemia un evento meramente biomédico? Vuelvo a lo mencionado anteriormente, ¿qué información estamos dejando de lado que el ViEpi no está registrando? Lo que no se genera en el ViEpi también nos puede enseñar mucho sobre la pandemia.

Infraestructura digital COVID-19 y el sistema de salud

Son pasadas las cinco de la tarde del mes de mayo del 2020, luego de tomar muestras de hisopado llegamos a las oficinas del distrito de salud en la camioneta doble cabina Mazda BT50 de color café claro al que le pusimos el nombre de covid-móvil desde que inició la

pandemia. El Dr. Carlos, y yo nos encargamos de tomar las muestras de hisopado para la reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) del virus SARS-CoV-2 que corresponden a nuestro distrito de salud (17 establecimientos de salud y 1 hospital básico). Esta prueba, ahora bastante conocida en la población, es la única hasta el momento que puede detectar la presencia del virus¹⁶. Tomamos las muestras en los domicilios de los pacientes que los médicos de los establecimientos de salud nos reportan como sospechosos. En algunas ocasiones tomamos la muestra en los establecimientos de salud, pero preferimos que sea en la casa de los pacientes ya que queremos evitar su movilización en lo posible para disminuir el número de contactos de los pacientes ya definidos como sospechosos. Debido a que trabajamos en una zona rural, los casos son dispersos, a veces viajamos más de 1 hora entre un caso y el siguiente, en las etapas iniciales de la pandemia tomábamos 3 o 4 muestras en todo un día de trabajo porque realizamos todas las tomas de muestra en los domicilios con el fin de que los pacientes puedan cumplir el aislamiento de forma estricta. Luego, entrando al mes de julio, cuando los casos incrementaron sustancialmente realizábamos hasta 40 pruebas en un solo día, días en los que el Dr. Carlos y yo teníamos que salir por separado en nuestros vehículos personales y pedir a los pacientes que requerían de la prueba reunirse en algún punto estratégico de la comunidad, incumpliendo y flexibilizando la indicación de “aislamiento” por nuestra falta de personal.

Las instalaciones de las oficinas están desoladas a nuestra llegada, el resto de los funcionarios marcaron ya su hora de salida y retornaron a sus hogares. El chofer, Fabián, estaciona el covid-móvil en el parqueadero. Bajamos la compuerta de la paila de la camioneta y nos ponemos a numerar las muestras, verificando que todas tengan dos copias de la hoja física del EPI individual, yo la llamo el ViEpi en papel. El EPI individual es un formulario en papel en que se reporta algunas enfermedades infectocontagiosas de reporte obligatorio en el Ecuador, como el sarampión o la rubeola, generalmente se trata de enfermedades que son prevenidas por las vacunas de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones (ENI); pero también incluye a enfermedades que pueden causar epidemias como el H1N1 (gripe de la influenza tipo A que se dio en el 2009, o llamada también la gripe porcina). A la COVID-19 le incluyeron en la lista de enfermedades de reporte obligatorio, por lo tanto, todos los casos

¹⁶ Existen otras pruebas. La prueba de anticuerpos y la prueba de antígenos, ambos con una menor sensibilidad porque no detectan directamente el virus en sí.

deben ser reportados con ese formulario. Para cuando acabamos de constatar que cada muestra está con su documentación correspondiente el cielo ya había oscurecido; el chofer lleva las muestras en termos fríos con una copia del EPI al laboratorio del INSPI y el Dr. Carlos y yo subimos con las otras copias del EPI a la oficina para hacer la parte de reporte, consolidación y análisis de datos.

Al llegar a la oficina en el tercer piso, lo primero que hacemos es lavarnos bien las manos con agua y jabón más de treinta segundos como es recomendado. Nos sentamos cansados en nuestras sillas y el Dr. Carlos hace la pregunta de rutina: ¿Cafecito? Ya más de las 6 de la tarde luego de un largo día de toma de muestras, muchas veces sin almorzar, necesitamos un descanso. Mientras se prepara el café en una cafetera puesta en una esquina en el piso de la oficina, empezamos a pasar los datos registrados en las hojas físicas del EPI al sistema digital ViEpi porque queremos terminar lo antes posible. Durante la época de pandemia en la que tuvimos más casos en nuestra zona, entre julio y noviembre, no era raro que estuviéramos todavía en la oficina pasadas las 10 de la noche.

Como todo sistema de registro en el MSP, la información en cuanto a los casos COVID-19 lo tenemos que hacer de forma tradicional, en formularios físicos y con esfero azul, y luego de eso ingresar los mismos datos al sistema digital. Fecha de atención, unidad que reporta, profesional que reporta, nombre del paciente, número de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, auto identificación étnica, ocupación, lugar de residencia, número de contacto, fecha de inicio de síntomas, comorbilidad, embarazo, movilidad, diagnóstico presuntivo, tipo de muestra, fecha de toma de muestra; todos esos datos debemos registrar en el ViEpi, paciente por paciente. Nos toma alrededor de 2 a 3 minutos por paciente cuando no perdemos la conexión al internet o no hay fallas en el sistema. Hay veces que el sistema no responde y esos son los momentos en los que tomamos un descanso obligatorio y charlamos sobre cosas banales, como cuando el Dr. Carlos me contó que hace más de un año compró un reloj Garmin por internet que costó más de 300 dólares y hasta ahora no tiene noticias del reloj. Es importante subir los datos diariamente, si desde Vigilancia Epidemiológica no registramos el caso en el sistema, el laboratorio del INSPI no tiene en dónde reportar el resultado de las muestras de hisopado para RT-PCR que recibieron de nosotros (las que Fabián se había llevado unas horas antes al laboratorio). Esta es una de las

ventajas del sistema digital, los resultados podemos revisarlos directamente en la plataforma sin necesidad de ir a retirarlos al laboratorio.

¿Otro café? Me pregunta el Dr. Carlos antes de que él se ponga a hacer sus gráficos y curvas para el informe de la situación de COVID-19 que debe enviar todos los martes y jueves al director distrital. Mientras tanto yo reviso resultados y verifico fechas de alta y periodos de aislamiento de los casos “activos”. Los casos “activos” son todos los casos que en un momento determinado están bajo seguimiento de nuestros equipos de salud. Es la suma de los casos sospechosos que esperan resultados, los casos positivos que están en aislamiento y los pacientes que están esperando el resultado de la prueba de control para el alta médica después de superar la enfermedad. Desde el exportado de la base de datos del ViEpi no puedo obtener la información que necesito de los casos activos puesto que el ViEpi me da solo el número de casos acumulados. El ViEpi cuenta los casos que tuvieron una prueba de PCR positiva sin importar si ya se les dio el alta o no, además de que no incluye a los pacientes que ya les tomamos la muestra, pero no tienen todavía el resultado. Para el seguimiento de los casos activos no necesito información de los casos acumulados porque en esos está incluido los casos recuperados (los que ya se curaron de la COVID-19 y están fuera del proceso de Vigilancia Epidemiológica). Intenté filtrar los datos de diferentes formas para obtener la lista de casos activos, pero no hubo manera, tuve que crear una matriz propia únicamente con datos de los casos activos. Cerca de las 7 de la noche, ¿Usted ya acaba? Me pregunta el Dr. Carlos, sin despegar los ojos de su computador. Yo, con los dedos sobre el teclado de mi computador y sin voltearme le respondo: “no, recién terminé de revisar los casos de 3 unidades de salud, todavía me falta, ¿usted?”. Era importante revisar los casos diariamente porque debíamos reportarlos a los diferentes establecimientos de salud para que ellos puedan hacer los seguimientos correspondientes. Recordando ahora esas largas jornadas, no sé si hubiera tolerado ese trabajo hasta altas horas de la noche sin la compañía del Dr. Carlos.

El Dr. Carlos y yo no éramos las únicas personas que teníamos que hacer trabajo administrativo pasadas las 8 horas de la jornada laboral oficial. Nuestros colegas en las unidades operativas que dan atención directa a los pacientes también registran sus atenciones tanto en las historias clínicas físicas como en la plataforma digital PRAS. El PRAS requiere

de una conexión de internet por lo tanto no es posible subir los datos directamente durante las visitas domiciliarias. Durante las visitas a los pacientes COVID-19 procuramos entrar a los domicilios únicamente con el material e implementos estrictamente necesarios debido al complicado proceso de desinfección que debemos realizar al salir de esas casas. Cuando los equipos de salud cuentan con carro y chofer que les transporte, llevan una pila de historias clínicas en el carro y aprovechan el tiempo que van de una casa a otra para llenarlas con los datos de la atención tratando que la letra no esté muy sacudida por el movimiento del carro. Un patrón que se observó en las unidades operativas que no tenían chofer es que anotaban en un solo cuaderno todos los datos relevantes de todas las visitas domiciliarias y al retornar a los establecimientos de salud transcriben la información a las historias clínicas y al PRAS. Esto quiere decir que registran la información tres veces por cada paciente. Muchos colegas al retornar al centro de salud suelen esconderse y pretender que todavía no han regresado para no tener que atender a pacientes de demanda espontánea que acuden a la consulta por otras patologías y así poder sentarse a completar el trabajo burocrático, aún así se quedan una o dos horas extras fuera de la jornada laboral. No quiero olvidar mencionar, que fuera de la historia clínica y el PRAS, también deben llenar una matriz de seguimiento de pacientes COVID-19. En esta matriz se registra datos de todos los contactos directos del paciente COVID-19 positivo, tengan o no síntomas, es utilizada para hacer seguimiento de los cercos epidemiológicos levantados en cada centro de salud. Es decir, existen un sinnúmero de “sistemas” de registro de enfermedades, algunos son los formales del estado, otros los informales que necesita el personal de salud para poder realizar su trabajo frente al disminuido acceso a internet o el personal con el que se cuenta para el trabajo cotidiano de salud.

Cuando el número de casos COVID-19 era elevado en alguna unidad operativa, los colegas no tenían suficiente tiempo para hacer las visitas diarias a todos los pacientes y cumplir con el llenado de la historia clínica física y la digital y la matriz de seguimiento. Por lo tanto, optaban por hacer visitas 2 o 3 veces por semana a cada paciente y de forma diaria únicamente a los pacientes con síntomas más graves. Los pacientes con COVID-19 pueden descompensarse de un momento a otro, con la falta de personal para hacer las visitas domiciliarias diarias empezamos a llamar por teléfono a los que considerábamos que se

encontraban en una condición estable. Posteriormente nos dimos cuenta que esta estrategia no solo empeoraba la calidad de atención a los pacientes sino que era también más difícil constatar que los pacientes cumplan el aislamiento. Sin las visitas diarias muchos pacientes no cumplían con el aislamiento favoreciendo así más contactos de riesgo y por ende la diseminación del virus.



Imagen 1: Verificando que las muestras para RT-PCR estén numeradas de acuerdo con sus respectivas hojas EPI.

Foto: Blanca Moscoso



Imagen 2: Llenado de historias clínicas de forma manual durante la movilización de un domicilio a otro.

Foto: Fu Yu Chang

Atendiendo a las plataformas y no a los pacientes

A finales del mes de julio, durante el pico de número de casos en nuestro distrito. Mis compañeros a cargo de la parte urbana tenían tantos casos que ya no podían acordarse de los pacientes por sus nombres. Un día, una de las médicas rurales que hacía las visitas domiciliarias me llamó a informar sobre la condición de la Sra. Rosa. “Está con 30 de frecuencia respiratoria, y satura por debajo de 80% y por el momento no hay fiebre porque tomó el paracetamol hace 1 hora. Hay muy pocos estertores en los pulmones y la señora dice que no tiene dificultad para respirar, que no se siente mal”, me cuenta la médica rural, y antes de que yo le pueda responder continuó: “ayer no le vine a visitar, pero le llamé y me dijo que estaba bien” (notas de campo 31/07/2020). Indiqué a la médica rural que le refiera a la paciente al hospital, con esa frecuencia respiratoria y esa saturación de oxígeno, ella necesitaba oxígeno suplementario. Una de las situaciones que veíamos regularmente en los pacientes es que antes de que inicien un cuadro de dificultad respiratoria marcada presentaban hipoxemia (baja saturación de oxígeno) y su frecuencia respiratoria aumentaba un poco, pero “no se sentían mal”; esos dos signos eran premonitorios para que se complique el cuadro. La Sra. Rosa fue referida al hospital de tercer nivel porque con flujo simple de oxígeno no mejoró y requería de oxígeno a presión positiva. A diferencia del oxígeno a simple flujo que depende principalmente de la capacidad de respirar del paciente, el oxígeno a presión positiva requiere de una máquina especial, el cual bombea el oxígeno forzando su entrada por la vía respiratoria. El oxígeno a presión positiva ayuda a los pacientes que tienen una frecuencia respiratoria alta y evita que los músculos respiratorios se fatiguen. Los hospitales básicos no cuentan con las máquinas para administrar oxígeno a presión positiva. La señora Rosa pasó más de 3 semanas en el hospital de tercer nivel, no hubo necesidad de intubarla y ponerla en ventilación mecánica y mejoró. Para muchos médicos, la sensación era que si dedicáramos menos tiempo llenando papeles y matrices hubiéramos tenido más tiempo para hacer las visitas domiciliarias y probablemente hubiéramos detectado los signos de alarma con más premura y tal vez la paciente no hubiera requerido de oxígeno a presión positiva.

El presunto objetivo de la infraestructura digital en el campo de la medicina es mejorar la vida profesional de los médicos, reducir costos y así incrementar la calidad de los cuidados (Novak & Harris, 2020). A nivel del MSP la introducción de estas herramientas

digitales es relativamente reciente. Hasta la fecha no hemos dejado de registrar la información en las tradicionales historias clínicas físicas porque la historia clínica física sigue siendo el documento médico legal oficial. Para los profesionales de la salud de primer nivel, el registro de datos en las plataformas digitales es una actividad adicional a un sinnúmero de otras actividades burocráticas que debemos realizar que no aportan a la calidad de atención y cuidados del paciente si se convierten en sistemas que duplican o triplican nuestro trabajo.

Cada plataforma fue diseñada y creada para un objetivo específico diferente. El ViEpi es una plataforma digital cargada en el internet que fue creada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud Pública. Es una herramienta utilizada por el proceso de Vigilancia Epidemiológica que tiene como finalidad primordial la producción de datos bioestadísticos. Los datos analizados allí son retrospectivos. En cambio, nuestra matriz de casos activos fue diseñada para hacer seguimiento de los pacientes que actualmente están bajo el cuidado del personal de salud de nuestro distrito, una vez dada de alta el paciente sale de la matriz, no podemos hacer un análisis retrospectivo y no registra el número de casos acumulados. El PRAS es una historia clínica digital, en la que podemos revisar la evolución del paciente, es una herramienta diseñada para el manejo clínico de los pacientes, aporta muy poco a los datos bioestadísticos para la pandemia. Y, finalmente, la matriz de seguimiento COVID-19 fue diseñada para el levantamiento de cercos epidemiológicos. Cada plataforma cumple su función, ¿pero todos estos datos que se recolectan en estas plataformas aportan de forma positiva al manejo de la pandemia?

Estas plataformas digitales en su práctica diaria sirven principalmente para producir datos y cada plataforma produce datos para diferentes propósitos. Edmunds et al. (2015) anotan que la infraestructura digital (refiriéndose específicamente a la historia clínica electrónica en Estados Unidos) fue desarrollada en respuesta a necesidades e intereses de una larga lista de industrias e instituciones públicas con mínima contribución de médicos y pacientes en el proceso de diseño. Ninguna de las plataformas y matrices es óptima para el manejo clínico de un paciente COVID-19 en su fase aguda. Cuando referimos a la Sra. Rosa al hospital básico, a pesar de que sus datos estaban ingresados en las 4 plataformas digitales, tuvimos que entregar una hoja de referencia hecha a mano. Parte del protocolo establecido

en el MSP, cuando llevamos a un paciente desde un nivel de atención a otro debemos regirnos a la “Norma Técnica de Referencia, Derivación, Contrarreferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud”. Esta norma establece que el paciente debe ser enviado con el formulario 053, o más conocido como la “hoja de referencia”. Esta hoja cuenta con los datos de identificación del paciente, de la unidad de salud de donde se envía al paciente y a dónde el paciente va a ser enviado. También cuenta con 3 líneas en donde hay que resumir la razón por la que se envía al paciente. Esta hoja no contenía “toda la información” sobre el historial clínico de la Sra. Rosa porque no es un documento designado para realizar una historia clínica completa y por esto hubo un enfrentamiento entre la médica rural que entregaba a la paciente y el médico residente del hospital que recibía al paciente. En teoría, el médico residente del hospital pudiera revisar datos sobre las atenciones y el historial clínico de la Sra. Rosa en el PRAS, pero la médica rural no puede subir los datos de la atención a ese sistema hasta que regrese a la oficina luego de haber cumplido con todas las visitas domiciliarias programadas. Los datos de la Sra. Rosa en el PRAS son de las atenciones de los días anteriores.

En otras circunstancias no suele haber conflicto con las referencias puesto que el médico residente puede hacer la nota de ingreso completa y detallada porque los pacientes están en condiciones adecuadas para responder al interrogatorio del médico o suelen estar acompañados por familiares. En los casos COVID-19 la situación se complica porque los pacientes suelen estar en un estado “crítico” incapaces de responder al interrogatorio y además los familiares no los pueden acompañar. Toda la familia de la Sra. Rosa estaba bajo aislamiento, algunos de ellos eran también positivos para COVID-19. El médico residente del hospital no quiso ingresar a la Sra. Rosa a menos que la médica rural haga la nota de ingreso de la paciente. Las notas de ingreso deben realizarlo los médicos residentes que están en el hospital. La médica rural debe regresar a evaluar a todos los otros pacientes COVID-19 en los domicilios, no tiene tiempo para quedarse en el hospital por lo que se apuró en responder al médico residente: “si usted va a darme atendiendo a mis pacientes COVID-19 en los domicilios, yo me quedo llenando la nota de ingreso. Allí en la hoja de referencia está el número telefónico de los familiares, puede llamarles a ellos si la Sra. Rosa no puede responder. Y en cuanto a la evolución del cuadro de la paciente, está anotado allí en la hoja

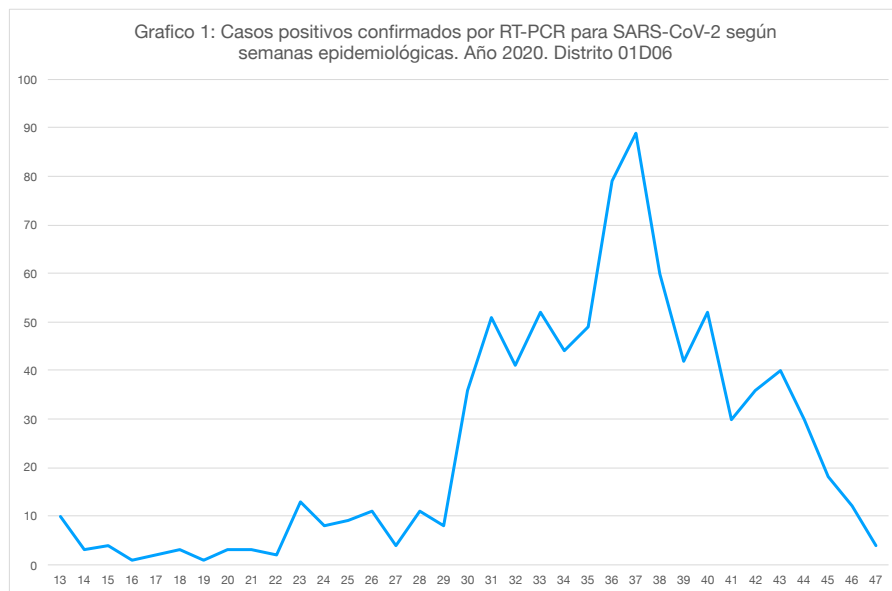
de referencia,” según nos contó después. La médica rural también nos explicó que se aseguró que la paciente se acueste en la camilla, entregó el formulario 053 en las manos del médico residente y se subió al covid-móvil para continuar con sus visitas domiciliarias al resto de pacientes COVID-19.

Desde un punto de vista de los médicos que trabajan en territorio es difícil comprender los objetivos individuales de cada uno de los papeles burocráticos que se deben llenar. Los médicos en territorio no sienten que la utilización de toda esa infraestructura digital les ayuda en la atención, manejo y seguimiento de sus pacientes. Las complejas redes por las que transita la información confidencial de un paciente COVID-19 positivo son extensas y no siempre es evidente su utilidad más allá de un mecanismo de control. Esta infraestructura digital permite registrar las atenciones que los pacientes COVID-19 han recibido del sistema de salud. Pero como Zhang y Borovoy (2017) nos recuerdan sobre la fina línea que existe entre la atención al paciente (cuidados) y el control, la represión y la manipulación que ilustran las teorías de gubernamentalidad de Foucault (retomaremos el tema de cuidados en un capítulo posterior). En este caso no solamente es el control del paciente sino también de quienes controlan a los pacientes, es decir nosotros, que a su vez somos controlados por innumerables instituciones del estado generalmente desconectadas de la realidad local y más preocupadas por validar la necesidad de la institución que por la saturación de oxígeno de la Sra. Rosa o, peor aún, sobre cómo se siente, o cómo cambió su vida al contraer la COVID-19. El sistema simplemente responde a otras “necesidades,” es decir a otras lógicas, otros intereses y otras prioridades.

La Inutilidad de los Datos Generados

No es secreto que la capacidad de los servicios de salud es muy limitada en nuestro país. Con capacidad me refiero a toda la infraestructura tanto física, como de insumos y también del talento humano. Los profesionales de la salud que trabajan en territorio hacen el trabajo de atención médica y también deben hacer el trabajo administrativo y estadístico. Las plataformas digitales han quitado tiempo que los médicos destinaban para las actividades de cuidado y atención clínica a los pacientes y la nueva tecnología les ha dado poca

información útil a cambio. El discurso de muchos funcionarios de salud que trabajan en la parte administrativa es que los números generados por las plataformas digitales son los que permiten solicitar presupuestos y recursos para mejorar los servicios y brindar mejor atención a los usuarios. En teoría, los números son los que justificarían el incremento de la capacidad de los servicios de salud. En el caso del número de casos sospechosos registrados, las curvas de las tendencias sirven, en teoría, para establecer las medidas de protección a la población. Los números epidemiológicos nos permiten predecir las necesidades en el futuro y así poder prepararnos para enfrentar los casos. Pero en la realidad del día a día de una médica en la zona rural del país, la producción de estos números no ha mejorado la capacidad de los servicios de salud. ¿Cómo es que a más casos, menos personal de salud contratado? ¿Cómo es que a más casos menos horas de atención en el laboratorio (explicaré en el próximo capítulo sobre la situación de los laboratorios)? El tiempo destinado a cuidados del paciente que los funcionarios de salud sacrificaron para ingresar datos a las plataformas digitales fue en vano. La capacidad de servicios de salud no mejoró a pesar de que generamos números y estadísticas.



Fuente: ViEpi

Hemos discutido ya que las plataformas digitales fueron diseñadas con sus “objetivos” particulares, las cuales no necesariamente obedecen a las necesidades de los

funcionarios de salud que trabajan en el territorio o las de sus pacientes. Dejando de lado la calidad de los datos y confiabilidad de estos, el cual es parte de una discusión extensa que por el momento dejaremos de lado, no quiere decir que estos datos no tengan ninguna utilidad. Los datos generados por estas plataformas deberían ser útiles para el análisis estadístico que en principio sirve como base en la toma de decisiones por parte de las autoridades gubernamentales en cuanto al manejo de la pandemia. En la práctica, en nuestro distrito, muy pocas, para no decir ninguna decisión fue tomada basándose en los datos generados. Bernard (1974) en su análisis sobre las discrepancias que existe entre los científicos y las autoridades que toman las decisiones sobre las políticas públicas explica que la misión del gobierno como creador de políticas públicas es el de “moldear el universo conforme con ciertas características deseadas”, además que deben preocuparse por la aceptación de sus acciones y decisiones. Observa además que a diferencia de los científicos en donde la razón y los datos son esenciales en la búsqueda de la verdad, para las autoridades a cargo, la presión de sus superiores, las experiencias del momento y el argumento persuasivo son los “datos racionales” que aplican para la toma de decisiones.

Por otra parte, la generación de datos no suele ser siempre beneficiosa, al contrario, muchas veces puede ser perjudicial para los grupos más vulnerables como expone O’Neil (2016) en *Weapons of Math Destruction*. La autora encuentra que las personas con más recursos son las que pueden acceder a la educación que les va a permitir diseñar y crear los modelos matemáticos y éstas a su vez moldearán y reflejarán una realidad en donde ellos mismos son los beneficiados; volviendo a la premisa de que la tecnología y la infraestructura son neutrales, el trabajo de O’Neil muestra justamente lo contrario.

Los grupos vulnerables que viven en los sectores de difícil acceso, donde existe poco o nulo personal de salud, la identificación de casos COVID-19 se vuelve sumamente complicado. Los casos que se captan en esos lugares suelen ser porque los pacientes se auto reportan o acuden a solicitar atención. Estamos seguros de que muchos casos COVID-19 en esas zonas remotas no fueron notificadas. Mientras menos casos reportados, menos recursos se designa a esos lugares. Esto sucedió con unos casos ubicados en una comunidad en la vía al Oriente. A mediados de junio, el Sr. León se acercó al centro de salud de su comunidad para solicitar una atención en domicilio porque su suegro Florencio de 93 años que tenía

Alzheimer estaba “malito”. En este centro de salud trabajaba la médica rural sola, sin el enfermero porque al enfermero le movieron al hospital básico para que cubra turnos en el consultorio de sintomáticos respiratorios. Ya que no tenían muchos casos COVID-19 no necesitaban del enfermero en el centro de salud de esa comunidad. Luego de la visita inicial, la médica rural, quien hizo la visita a esta familia sola, nos notifica y solicita toma de muestra al anciano y a otros miembros de la familia porque eran pacientes de alta sospecha.

Para llegar a la casa del Sr. León, debemos viajar desde nuestra oficina alrededor de 1 hora en carro y luego caminar unos dos kilómetros por un sendero accesible solo a pie. El paisaje es espectacular, montañas de distintos tonos de verde que se elevan a los lados del río, una zona rural con una población sumamente dispersa. El día que fuimos a tomar las muestras llovió y el sendero se llenó de lodo. El Dr. Carlos y yo teníamos que llevar los kits de protección, el termo para las muestras, los formularios para llenar los datos de los pacientes, la funda roja para los desechos infecciosos y además bastones improvisados a partir de ramas viejas para no resbalarnos en el lodo. Llegamos mojados y con los zapatos pesados llenos de lodo a la casa del Sr. León para encontrar a su suegro postrado en cama con una saturación de menos de 80%; luego de explicarles el pronóstico del Sr. Florencio, se tomó la decisión conjuntamente con los familiares de darle los cuidados en casa. Las hijas del Sr. León y sus familias que vivían en Quito estaban también allí, vinieron a recluirse en el campo, escapando del coronavirus. En total había 12 personas viviendo en esa casa, se habían aislado desde el inicio de las restricciones. Una semana antes de que se enfermara el Sr. Florencio, el Sr. León salió a la ciudad para comprar la medicación, no tiene carro por lo que pide aventón a un vecino quien aparentemente tenía tos. Todos los 12 miembros de la familia dieron positivo para COVID-19 y 3 días después de nuestra visita el Sr. Florencio falleció. Indagamos a los vecinos y nos dijeron: “nosotros estuvimos enfermos hace más de un mes, pero ya estamos bien, y mi hermano que vive allá también estuvo con gripe, pero todos nos curamos tomando agüitas.” (notas de campo 17/06/2020) Entre todos los contactos, hablamos de 5 familias y un total de 30 personas aproximadamente, más de la mitad de ellos tuvieron “gripe”. Probablemente esas gripes fueron COVID-19 y no fueron reportadas porque nadie se consideró “grave” ni alertaron al personal de salud. No les realizamos pruebas diagnósticas, ni siquiera sabíamos que estaban con síntomas

respiratorios. La idea de que en las zonas rurales hay menos contagio basado en los datos oficiales está mal representada y esto lleva a que se invierta menos en estas zonas ya que no hay manera de “justificar” la inversión cuando el número de casos es mínimo. Los datos oficiales del número de casos por territorios perjudican a los pacientes de las zonas remotas del país que de por sí los hace más vulnerables por su limitado acceso a los servicios de salud.



Imagen 3: La caminata a la casa del Sr. León para la toma de muestras de hisopado para RT-PCR.
Foto: Marcos Ríos.

Con la lógica de más casos igual más recursos diríamos que en las zonas urbanas pobres, donde el reporte de casos es más elevado los problemas de la pandemia estarían resueltas, pero no es así. En las zonas urbanas pobres, el elevado número de casos es interpretado como la “irresponsabilidad” de la gente. Hemos visto que existe más número de contagios en los barrios más pobres. No faltaban los comentarios racistas derivados del colonialismo en el que se culpa a la víctima (Farmer, 2020), diciendo que ellos no se “cuidan” porque no se aíslan. Estos comentarios olvidan que estas personas son las que no tienen el privilegio de aislarse y protegerse dentro de sus casas porque viven del día a día. Si no salen a trabajar no podrán alimentar a sus hijos al siguiente día. El Sr. Inga, albañil de 42 años iba

en la cabina posterior del covid-móvil (le trasladábamos al hospital básico porque tenía una frecuencia respiratoria de más de 30 por minuto y una sudoración fría) justificándose nos contaba: “nosotros estuvimos aislados más de un mes doctora, no salimos a ningún lado, entre los vecinos compartíamos la comidita, pero un mes sin trabajar ya no hay plata, me pidieron que vaya a trabajar poniendo una cerca allá en la loma, igual era otro trabajador y yo nada más, una semana trabajando y allí me contagié.”

La infraestructura digital nos permitió llevar una cuenta aproximada de los casos de COVID-19 en el país. Con los datos que estas plataformas generaron podíamos de cierta manera analizar la evolución y el patrón de contagios en nuestro territorio comparado con el resto del país. Estos datos son el resultado de las interacciones entre los pacientes, los profesionales de la salud, las autoridades y la infraestructura digital. Sin la infraestructura digital el manejo de la pandemia hubiera sido aún más caótica y más complicada, pero esto no quiere decir que esta infraestructura digital no trajo con ella sus propias dificultades, problemas que se exacerbaban porque fueron diseñadas y creadas desde un lugar muy lejano a la realidad vivida día a día por el personal médico y sus pacientes. Aún con las dificultades y los limitados recursos del sistema de salud, los funcionarios de salud que trabajamos en territorio utilizamos los datos estadísticos que producíamos, interpretándolos según nuestras necesidades para tener una guía en nuestro trabajo. Los datos estadísticos generados a partir de la infraestructura digital reflejan nuestro esfuerzo en la lucha contra la COVID-19. Ante la *des-protección* (Tousignant, 2018), al igual que los toxicólogos de Senegal, nuestro esfuerzo y sacrificio no estaba motivado únicamente por el bien de la institución pública, sino por una supervivencia como profesionales y como seres humanos.

CAPÍTULO II

Gobernanza de la salud: (in) capacidad para responder

En este capítulo haremos el acercamiento desde la toma de decisiones y sus motivaciones. Tomaremos en cuenta el contexto histórico y geográfico y analizaremos cómo estas variables pueden determinar la respuesta ante una crisis como consecuencia de un desastre considerando a la COVID-19 como un caso de ejemplo. Trataremos de comprender cómo y por qué el sistema de salud público se ha reestructurado (o no) ante la pandemia.

Una semana después de que el gobierno ecuatoriano declare la “emergencia sanitaria” me solicitaron que dé atención mediante turno de 24 horas en el consultorio de sintomáticos respiratorios en el hospital básico de nuestro distrito. Vestida con todo mi equipo de protección personal (EPP) atendía únicamente a uno o dos pacientes diarios. Para los primeros casos de COVID-19 diagnosticados en el país se tuvo que enviar las muestras a la CDC en Estados Unidos. Esto quiere decir que nuestros diagnósticos se basaban en el historial de contactos del paciente y de sus síntomas, pero síntomas de una enfermedad que no conocíamos. Vivíamos en un ambiente de miedo, esperando que la enfermedad no llegue a nuestra localidad.

El primer caso en Ecuador fue confirmado por la entonces Ministra de Salud, Catalina Andramuño el día 29 de febrero del 2020 y se decreta emergencia sanitaria el 11 de marzo, el mismo día que la OMS declara oficialmente el estado de pandemia por la COVID-19. El Comité de Operaciones de Emergencia (COE) restringe la movilidad a nivel nacional desde el 18 de marzo. Aunque inicialmente había una sensación de que había cierto grado de contención de la enfermedad, esta realidad cambió en poco tiempo. A las pocas semanas, la prensa internacional hablaba sobre la falta de respuesta del gobierno ecuatoriano ante la pandemia mientras circulaban fotos y videos de los servicios de salud saturados y cadáveres afuera de los domicilios. Las unidades de cuidados intensivos y los hospitales en Guayaquil no daban más cabida y los servicios funerarios llegaron a su capacidad máxima. No existía la logística, los insumos y los medios para tomar muestras para el diagnóstico por lo que muchos pacientes morían en las casas con síntomas compatibles con COVID-19 pero sin una

prueba confirmatoria. Estos pacientes, de escasos recursos, quienes vivían en casas pequeñas, debido a la saturación de las funerarias y los cementerios, no tenían más opción que poner a sus muertos afuera de sus casas. Pronto, un temor colectivo se apoderó del país. Es importante anotar también que gran parte de estas muertes están excluidas del conteo de muertes por COVID-19 del país ya que no se realizaron pruebas RT-PCR para confirmar la enfermedad.

Localmente el 18 de marzo acreditaron al laboratorio del INSPI en Cuenca para que procese las pruebas de PCR para el SARS-COV-2. Al inicio el laboratorio nos entregó 4 hisopos con sus respectivos medios de transporte y los resultados tomaban hasta 8 días en ser reportados. Con esa escasez de insumos para la toma de muestra, debíamos cumplir los criterios de caso sospechoso de forma extremadamente estricta. En aquellos tiempos de la pandemia significaba que el paciente sintomático debía ser contacto directo de un caso COVID-19 positivo confirmado para poder acceder a la prueba PCR. Si tenía una sola de estas dos condiciones no se le realizaba la prueba. Actualmente ya no se requiere que los pacientes tengan contacto directo con caso positivo conocido, pero todavía no realizamos el examen de PCR a pacientes asintomáticos.

Como podemos ver, nuestro sistema de salud no estaba preparado para enfrentar una emergencia sanitaria; tenemos una limitada capacidad para hacer pruebas, tratar y actualmente vacunar a las personas. Al estudiar la capacidad científica en Senegal, Noemi Tousignant (2018) explica que “seguir las líneas de pérdida puede ayudarnos a comprender qué significa la capacidad científica, definida tanto en sentido estricto como general, en entornos de periferia (amenaza), escasez, dependencia y estancamiento. La capacidad se refiere a los equipos y suministros que fueron o podrían haber sido, las habilidades para usarlos, las acciones que estos suministros permitieron”. El relato de Tousignant sobre la capacidad limitada para responder a ambientes tóxicos o de desastre suena familiar en el contexto de la pandemia de la COVID-19 en un lugar como Ecuador.

Ante esta limitación en la capacidad hay que resaltar la voluntad y el espíritu innovador de los trabajadores de la salud quienes se han ingeniado constantemente para suplir con las deficiencias del sistema, o como dice (Livingston, 2012) “arreglárselas” con lo que

se tiene. Uno de los primeros casos sospechosos graves que llegó a nuestro hospital básico, tosía intensamente y el paciente se mostraba sumamente inquieto diciendo que no podía respirar. No toleraba la mascarilla porque en sí sentía falta de aire, y esto aumentaba el riesgo para el personal de salud que le atendía. El hospital nos había entregado prendas de protección, pero en cantidades muy limitadas. Estas eran prendas desechables y nos entregaban un kit por turno, es decir uno para las 24 horas. Las recomendaciones de organismos internacionales indican que una vez que nos retiramos el EPP no debemos reutilizarlos, pero en nuestro hospital el profesional de la salud no podía atender solo a ese paciente sospechoso de la COVID-19, es decir debía salir de la sala de aislamiento, sacarse el EPP y atender a otros pacientes no COVID-19; luego, para ingresar a la sala de aislamiento debía ponerse nuevamente el EPP. No teníamos más opción que reutilizar los equipos. En las salas de aislamiento se recomienda entrar con botines (cubiertas desechables para los zapatos) o con botas de caucho las cuales pueden lavarse. Al no contar con estas prendas, los profesionales que atendían a este paciente utilizaron fundas plásticas sobre sus zapatos y los sellaron con cinta de embalaje. Otra improvisación común eran las pantallas faciales. Cuando atendíamos a pacientes sintomáticos y tosedores, se recomienda utilizar las pantallas faciales o visores. Al inicio de la pandemia, simplemente no había suficiente suministro. Comenzamos a “construir” nuestras propias pantallas faciales con películas plásticas semirígidas cortadas de carpetas plásticas. Estas pantallas faciales artesanales no funcionaban del todo bien, se empañaban. Poco a poco comenzamos a mejorarlas con diferentes técnicas para aumentar el espacio entre la película y nuestra cara. Otros distorsionaban mucho la imagen por la calidad del plástico y las reemplazamos más bien con acetatos. Compartíamos “trucos” entre el personal médico para hacer que estos implementos artesanales cumplan mejor su función. Los profesionales de la salud se vieron en la necesidad de improvisar no solo por la obligación que tienen con los pacientes sino también por su propia supervivencia.



Imagen 4: médica residente asistiendo a una compañera colocándole fundas plásticas para cubrir los zapatos antes de entrar a la sala de aislamiento donde se encontraba un paciente con sospecha para COVID-19.

Foto: Denise Guerra

La OMS enfatizó “si los países movilizan su personal de salud para detectar, realizar pruebas, tratar, levantar cercos, aislar y hacer seguimiento de casos, aquellos que todavía tienen pocos casos pueden prevenir que esos casos aislados se conviertan en conglomerados y esos conglomerados en transmisión comunitaria”. No solo no contábamos con los insumos médicos, pero tampoco contábamos con la capacidad humana requerida para evitar que el virus se propague rápidamente entre la población. Cuando se detectaron los primeros casos en nuestro distrito, todos se encontraban en dos sectores. Se movilizó a médicos y enfermeras de otros establecimientos de salud para que apoyen en las actividades que había que realizarse para el manejo de los casos COVID-19, dejando desprovistos a los establecimientos de salud que no tenían casos COVID-19 confirmados. Cuando usuarios de los establecimientos de salud que quedaron sin profesionales presentaban síntomas respiratorios y solicitaban atención no había personal para que realice la visita domiciliaria, lo que implicaba que el paciente debía trasladarse a otro centro de salud por sus propios medios. El traslado de un paciente COVID-19 en vehículo es considerado una actividad de alto riesgo para el chofer del vehículo y los acompañantes, especialmente si el traslado es largo, y en estos casos solían siempre ser más de 30 minutos.

Durante la emergencia sanitaria se creó un programa de designación presupuestaria en el MSP que se llamó “Emergencia COVID”. Los presupuestos se designaban a cada distrito según el número de casos COVID-19 positivos. Cabe recordar que, como se mencionó en el capítulo anterior, en las zonas rurales nuestra capacidad de diagnóstico era sumamente limitada. Por lo tanto, había un subregistro y esto daba como resultado una asignación presupuestaria menor a nuestra necesidad real. Además, de las necesidades requeridas se solventaron únicamente el 60%, es decir, siempre faltó presupuesto. Este presupuesto no contemplaba rubros para la contratación de personal, era estrictamente para la compra de insumos médicos, medicamentos y EPPs. Esta forma que el MSP utiliza de distribuir recursos según las “coberturas” es aplicada con o sin pandemia. Las zonas rurales siempre reciben menos designación presupuestaria, porque en números la necesidad es menor, pero esos números son el resultado de la limitada capacidad de respuesta y no reflejan las necesidades reales locales. Las históricas inequidades en la salud han sido documentadas ampliamente en las ciencias sociales y estudios de salud global (Bourgois et al., 2017; Farmer et al., 2013), sin embargo, estas se vuelven más complejos y acentuadas en tiempos de desastres y crisis. Como explica (Farmer, 2020) “La vulnerabilidad estructural es producida por la situación de una persona en el orden jerárquico social, el cual está arraigado en diversas redes de poder y sus efectos. Las poblaciones no son inherentemente vulnerables, las hacemos vulnerables.”

Históricamente los recursos invertidos en las zonas rurales han sido escasos. Desde antes de la pandemia, la inversión en los servicios de salud rurales eran menores a las zonas urbanas porque la distribución de recursos en el MSP depende del número de habitantes. Es común que, en las zonas rurales, el único servicio de salud sea el establecimiento de salud del MSP; en caso de que el MSP no cuente con médicos o con insumos, los pacientes deben trasladarse a otras localidades. Durante toda la pandemia, los números de contagios en las zonas rurales se mantenían bajas en comparación a las tendencias de las ciudades, pero la proporción de contagio en relación con el número de habitantes muchas veces era más elevada. Muchas personas huían de las ciudades para refugiarse en el campo porque consideraban que aquí podrían estar a salvo. Existe literatura (Sangaramoorthy, 2018) que resalta la fragilidad de la infraestructura y los servicios de salud en las zonas rurales. Si las

personas eran diagnosticadas con la COVID-19 en una zona rural, ya sea porque llegaron ya contagiados o lo contrajeron allí, su acceso a tratamientos y cuidados era muy diferentes al que recibiría alguien en una zona urbana.

Muchos de los pacientes en zonas rurales tenían que esperar varios días para acceder a la atención cuando presentaban síntomas respiratorios con alta sospecha de COVID-19, especialmente en la época de confinamiento cuando la movilidad estaba restringida en todo el país. A esto se suma que los médicos de los establecimientos de salud más lejanos y con menos población eran los primeros en ser movidos a zonas urbanas para apoyar a establecimientos de salud en donde existían ya conglomeración de casos COVID-19. En algunas ocasiones quedaba la enfermera o la odontóloga, quien abría el centro de salud, pero sin el médico. Hacían un trabajo más de “secretarios” y les ayudaban a los pacientes a coordinar una atención para que profesionales de otros establecimientos de salud les visiten. En el caso de que los establecimientos de salud estaban totalmente cerrados, muchas veces recibíamos la alerta de parte de los dirigentes de la comunidad. El gobierno había implementado el sistema de notificación al 171¹⁷ para que ellos coordinen una atención, pero las personas que atienden esas llamadas están en Quito, y durante toda la pandemia ninguno de nuestros casos fue notificado por dicho sistema. Estas situaciones retrasaban la identificación de los casos y en algunas ocasiones llegamos a estos pacientes ya casi 8 días después de que ellos solicitaron atención. Llegamos cuando ya los cercos eran amplios porque los pacientes, con el fin de buscar atención de salud, acudían donde familiares y vecinos para pedir cualquier tipo de ayuda. Sin querer o por la misma necesidad de atención médica, propagaban el virus en sus comunidades.

Como ocurre en muchos desastres, la incapacidad inicial de la infraestructura—médica o gubernamental—para responder a las necesidades se agudiza por escaseces y deficiencias sistémicas que se viene arrastrando históricamente. Existe un déficit general de la capacidad construida para enfrentar las crisis. Lo que emerge es una larga lista de “efectos secundarios” como Bonilla y LeBron (2019) lo llaman, lo que incluye “fracaso estatal, abandono social, capitalización de la miseria humana y trauma colectivo producido por una

¹⁷ 171 es el Call Center del MSP. La llamada es gratuita y sirve para agendar turnos, tiene una sublínea para asesoría en salud sexual y reproductiva, otra para denuncias y durante la pandemia implementaron la sublínea para COVID-19.

inadecuada respuesta”. Así es el caso en Ecuador, nuestra incapacidad para responder a la pandemia es el resultado de las deficiencias a nivel estatal y, en parte, el estado de permanente corrupción que existe en el sistema. Cuando hice el internado al final de mi formación médica, los hospitales y establecimientos de salud públicos dejaban mucho que desear; la infraestructura se caía a pedazos y había el comentario común de “no hay ni una aspirina”. Hace 15 años con el proyecto político de la “Revolución Ciudadana” liderado por el expresidente Rafael Correa y el programa “La Salud ya es de todos”, el sistema de salud público vio cambios positivos significativos, pero el modelo no pudo sostenerse. En dicha época hubo mucha inversión en la salud, aunque todavía se distanciaba de la inversión en salud que se ve en países europeos o de los niveles necesarios para un verdadero acceso universal. El ideal de transformar la salud pública con un modelo de atención primaria capaz de garantizar una cobertura universal y gratuita estaba en la mira de todos. Pero mientras se construían hospitales, tecnología de punta y nuevas ambulancias, también se escuchaban denuncias de sobrepagos, mal manejo de recursos y corrupción. Hubo un incremento significativo del número de profesionales que ingresaron a trabajar en el MSP, pero no faltaron los contratos que se dieron a “amigos y familiares”. Nuevos hospitales, nuevos establecimientos de salud, medicación gratuita, incremento en el personal, incremento en la remuneración del personal de salud, todas estas mejoras se ejecutaron en poco tiempo. Las mejoras eran evidentes y palpables, pero los recursos pronto se agotaron y ahora nos vemos nuevamente con recortes de presupuesto y de personal, falta de medicación e insumos. En poco tiempo el pequeño presupuesto nacional de salud ya ha sido rebajado a un tercio de lo que fue solo unos años atrás.

La pandemia nos ha permitido observar más de cerca las desigualdades históricas que impactan de manera diferente a las personas en Ecuador y el desmantelamiento del sistema de salud pública y otras medidas de ajuste estructural que ya se estaban llevando a cabo antes de la pandemia de Covid-19, pero que con la pandemia se hicieron más evidentes.

Improvisando para brindar una “buena práctica médica” mediocre.

A mediados del 2020 nuestra incapacidad para controlar la diseminación del virus era evidente y temíamos por nuestros pacientes porque sabíamos que nuestras posibilidades reales para tratar eran muy limitadas. Las autoridades hacían caso omiso a los datos del número de contagios y no daban importancia a las experiencias de otros países; el comportamiento de las curvas de contagio era similar en todo el mundo, difería únicamente en las fechas de inicio de las espigas ¿por qué pensaron que nuestra comunidad podría tener una curva diferente?

En nuestro distrito gracias a las restricciones a nivel nacional, la curva de casos se mantuvo bastante “plana” hasta finales de junio (referirse a Gráfico 1). El número de casos se mantenía relativamente constante, se diagnosticaban 3 nuevos casos, pero a la vez teníamos 3 pacientes recuperados. Expertos en salud pública en todo el mundo pedían a las personas cumplir con las medidas de uso de mascarilla, distanciamiento y lavado de manos para mantener la curva plana con el objetivo de comprar tiempo para que los servicios de salud puedan reforzar y ampliar sus capacidades de respuesta y tratamiento. El ViEpi nos mostraba que la curva se mantenía relativamente plana en nuestro distrito durante los 3 primeros meses de pandemia. En este periodo, el Dr. Carlos y yo, como equipo de epidemiología sugerimos que deben habilitar un “área COVID” en el hospital básico puesto que, a pesar de los pocos casos que manejábamos, había días en los que una sola cama para pacientes COVID-19 positivos no era suficiente.

En nuestro hospital básico contábamos con una sola cama de “observación” para paciente COVID-19 que estaba adaptado en la parte de atrás del improvisado consultorio de sintomáticos respiratorios. Esta cama se encontraba en un cuarto que inicialmente era el consultorio de psicología, un consultorio detrás del parqueadero del hospital, separado del resto de la infraestructura hospitalaria. Adaptaron al consultorio poniendo una cama hospitalaria, una mesa de mayo y un tanque de oxígeno. Este espacio pretendía recibir a los pacientes COVID-19 positivos o sospechosos por menos de 24 horas. Pues se les iba a tener allí a los pacientes de forma temporal hasta que sean transferidos a un hospital de referencia para COVID-19. Los directivos del hospital básico se mantenían en la posición de que no es

un hospital COVID-19 y que todos los pacientes COVID-19 deben ser referidos al hospital de tercer nivel y se resistían a adecuar más camas para atender a pacientes COVID-19.



Imagen 5: puerta de entrada a la sala de aislamiento para casos sospechosos o positivos para COVID-19 implementado de forma improvisada en el consultorio de psicología.

Foto: Fu Yu Chang

Una noche a inicios de abril, alrededor de las siete, el Dr. Carlos se encontraba en la casa del Sr. Luis, un paciente COVID-19 positivo. El Dr. Carlos tomaba muestras de hisopado a los familiares del Sr. Luis, quienes comenzaron a presentar síntomas mientras la médica familiar a cargo del caso evaluaba al Sr. Luis. Luis tenía 40 años, era diabético y obeso, dos de las condiciones que hacían que el paciente tenga riesgo de presentar un cuadro grave. El cuadro respiratorio de Luis se estaba complicando, su saturación había bajado y su frecuencia respiratoria aumentó, lo que preocupaba más es que Luis decía jadeando “no puedo respirar, no entra el aire, estoy desesperado”. El Dr. Carlos y la médica familiar decidieron referir al Sr. Luis al hospital básico. Como protocolo, antes de enviar a un paciente a un hospital debemos llamar al hospital e informar sobre la referencia a realizarse. La médica familiar llamó al hospital básico y los médicos encargados del hospital le dijeron a la médica familiar que ella debe referir al paciente directamente al hospital de tercer nivel porque se trata de un paciente que es COVID-19 positivo confirmado. El protocolo para

traslado de paciente COVID-19 positivo indica que debemos llamar al 911 y activar el código ESP-II para que el paciente sea trasladado en la ambulancia designada sólo para casos COVID-19. En nuestra zona (que abarca 3 provincias) solo contamos con 2 ambulancias designadas para el código ESP-II. El paciente requería oxígeno, no había respuesta desde el 911, la médica familiar decide solicitar ayuda de los bomberos de su comunidad y trasladar ella misma al paciente hacia el hospital básico. El vehículo de los bomberos, una camioneta roja doble cabina, no cuenta con oxígeno, era necesario trasladar al paciente al hospital básico, el cual quedaba a 30 minutos del domicilio del paciente para que el paciente reciba oxígeno. El paciente no podía esperar más tiempo en casa sin oxígeno.

El vehículo de los bomberos llegó al hospital básico con el Sr. Luis acompañado de la médica familiar. Los médicos del hospital no dieron paso para que el paciente se baje de la ambulancia improvisada porque la única cama para paciente COVID-19 estaba ya ocupada. No había pacientes en el departamento de Emergencia del hospital, pero tampoco accedieron a recibirle allí porque el Sr. Luis era paciente COVID-19 positivo confirmado e insistieron que el hospital básico no es un hospital COVID-19. “No podemos recibir al paciente en emergencia porque se contamina el servicio,” le dijeron los médicos del hospital a la médica familiar. Los médicos del hospital indicaron a la médica familiar que el paciente debe esperar en el vehículo hasta que obtengan una respuesta del hospital de tercer nivel. Movilizaron un tanque de oxígeno portátil para ponerle al Sr. Luis. Luis requería de un flujo de oxígeno de más de 5 litros para mantener su saturación por encima del 90%, y ese pequeño tanque no iba a durar mucho tiempo. El paciente tuvo que esperar más de 45 minutos en la “ambulancia” improvisada estacionada en el parqueadero del hospital básico a altas horas de la noche con un tanque de oxígeno portátil. Afortunadamente logramos transferir al Sr. Luis antes de que se agote el oxígeno o sus músculos respiratorios, pero este episodio fue una señal clara para el personal médico que necesitábamos más espacios de atención de emergencia para pacientes COVID-19 positivos a nivel local.

Tres meses después, entrando al mes de julio, luego de varios episodios en donde se saturaba el consultorio de sintomáticos respiratorios, seguíamos con una sola cama para pacientes COVID-19 en el hospital básico. A pesar de que los datos del ViEpi indicaban un aumento lento pero progresivo de casos y el número de casos activos también iba en aumento

no accedían a habilitar más camas para recibir casos COVID-19 positivos. Lamentablemente no fue hasta el fallecimiento del Sr. Salvador, un paciente COVID-19 positivo, en el hospital básico a finales del mes de julio del 2020 que finalmente los directivos del hospital dieron paso a la designación de un espacio más grande para estos pacientes.

El Sr. Salvador era un adulto joven de 45 años, padre de 3 hijos, entre ellos una bebé que no cumplía todavía sus dos años. Era conocido por ser una persona entusiasta que le gustaba organizar actividades sociales y deportivas con niños y jóvenes. No sabemos en dónde se contagió del coronavirus puesto que luego de que declararon semáforo amarillo al pasar de las medidas de confinamiento a medidas de aislamiento, él retomó casi por completo sus actividades tanto de trabajo movilizándolo electrodomésticos, como sus actividades extra-laborales de actividades con los niños y jóvenes. A los dos días de su diagnóstico de COVID-19, el Sr. Salvador no podía levantarse de la cama, nos decía que no podía dormir porque no podía respirar, al tomarle la saturación de oxígeno esta no subía a más de 80% por lo que decidimos referirle al hospital básico. En ese momento la cama en el consultorio de sintomáticos respiratorios estaba libre, le colocamos oxígeno por mascarilla a un flujo de 10 litros por minuto y su saturación no subía a más de 85%. “Doctora por favor ayúdeme” suplicaba con una expresión de pánico en la cara. En ese espacio improvisado no podíamos hacer más, necesitábamos darle al menos oxígeno a presión positiva y no teníamos los equipos para eso. Todos los hospitales de referencia para COVID-19 estaban saturados, ninguno de los 3 hospitales tenía espacio para recibir al Sr. Salvador. Esa noche llegaron 2 pacientes más con cuadros de COVID-19 complicados, una de ellas era la Sra. Rosa quien es la suegra del Sr. Salvador. El Sr. Salvador ocupó la cama de observación, a la Sra. Rosa le ubicamos en la camilla rígida y estrecha de examinación y al tercer paciente le pusimos en el sillón reclinable en donde suele descansar el médico residente. En esta ocasión logramos conseguir oxígeno para los tres pacientes, pero el Sr. Salvador y la Sra. Rosa necesitaban oxígeno a presión positiva. El siguiente día, tras luchar más de 24 horas, los músculos respiratorios del Sr. Salvador se agotaron y se rindieron. El Sr. Salvador fue la primera persona que murió por COVID-19 en el hospital básico, murió porque no teníamos los equipos adecuados para atenderle, murió porque los hospitales designados para atenderle

estaban saturados, murió porque nuestras improvisaciones simplemente no fueron suficientes. (notas de campo 31/07/2020)

Julie Livingston (2012) relata en su libro *Improvising Medicine* cómo los médicos a cargo de un centro oncológico en Botsuana debían improvisar constantemente y trabajar de forma empírica en su sistema de salud que constantemente carecía de medicación, de médicos especialistas y de técnicas de diagnóstico. El contexto de la pandemia en el Ecuador es similar al descrito por Livingston en Botsuana. Estas condiciones de carencias hacen que no se pueda cumplir con los estándares de una buena práctica médica o que no se pueda seguir las recomendaciones de la medicina basada en evidencia. En Ecuador, a pesar de que el MSP publicaba lineamientos para el manejo de la COVID-19 basadas en las guías internacionales, no teníamos recursos para cumplir a cabalidad esos lineamientos. No contábamos con suficiente personal para levantar los cercos epidemiológicos de forma óptima o para evaluar a todos los pacientes sintomáticos en sus domicilios. No contábamos con la logística para tomar muestras para diagnóstico de forma oportuna. No contábamos con medicación para tratar la sintomatología de los pacientes. Al improvisar no pudimos evitar que se nos escapen personas de los cercos, tomábamos muestras para diagnóstico de forma tardía cuando ya el paciente sospechoso tuvo más contactos y reemplazábamos el tratamiento de primera línea con medicación de segunda o tercera línea porque eso era lo único que teníamos a nuestra disposición. Los médicos que trabajamos en territorio, quienes teníamos contacto directo con los pacientes, diariamente nos frustrábamos porque hacíamos todo lo que podíamos, improvisábamos con lo que estaba a nuestro alcance, pero los casos aumentaban y la pandemia se salía de control, se salía de nuestro control.

Luego de la muerte del Sr. Salvador, nuestro hospital básico no pudo defender más su posición de “no somos hospital COVID-19” porque en el contexto médico del Ecuador y de una pandemia uno no siempre puede decidir lo que es y no es, muchas veces es la realidad en la que vivimos la que marca en lo que nos convertimos. Con el antecedente de la muerte del Sr. Salvador iniciaron los trámites para aumentar la capacidad hospitalaria y habilitar el “área COVID-19” para pacientes graves. La habilitación del área COVID-19 se volvió una necesidad porque el número de muertes por COVID-19 en el hospital básico dejó de ser cero. Este proceso para mejorar la capacidad de los servicios de salud debió iniciar cuando

comenzó la pandemia. El período en el que la curva estaba plana debió haber sido aprovechada para que el sistema de salud adquiriera los recursos necesarios para mejorar la capacidad tanto de respuesta como de tratamiento. Nuestro hospital habilitó el área COVID-19 después de una emergencia, pero sin los recursos humanos necesarios. Este tipo de improvisación puede ser moderadamente productiva, pero suele ser frágil como la situación descrita por Tousignant (2018) sobre los esfuerzos y las improvisaciones que tuvieron que idearse los profesionales que manejan la toxicología en Senegal. Al igual que en Senegal, no era voluntad médica lo que faltaba, era simplemente que la capacidad de las instalaciones, los equipos y el personal eran insuficientes. Para poner a funcionar el área COVID-19 movilizaron a personal de salud de primer nivel para que cubra los turnos, es decir debilitaron aún más la capacidad de atención del primer nivel. Cuatro unidades de salud se quedaron sin médico y enfermera. Una de las razones por las que aumentaban los casos complicados era que no había personal en primer nivel para levantar los cercos epidemiológicos de forma adecuada, no había personal de salud suficiente para hacer las visitas domiciliarias diarias. El debilitamiento del primer nivel no tardó en evidenciarse; para el mes de agosto los casos complicados aumentaron drásticamente y el área COVID-19 recién habilitada de 10 camas se saturó en poco tiempo. La ampliación del área COVID-19 fue implementada rápidamente como una medida de emergencia sin una planificación adecuada y esto se vio reflejando en las deficiencias que este espacio presentaba. Algunas de las deficiencias se pudieron corregir cuando los problemas se iban presentando, pero otras, como la falta de personal y la compra de algunos medicamentos nunca pudieron ser solventadas.

Lo más lamentable es que no sólo no logramos mejorar la capacidad de los servicios de salud para enfrentar a la pandemia, al contrario, perdimos capacidad. Al inicio de la pandemia el INSPI trabajaba las 24 horas los 7 días de la semana. Eso nos daba la posibilidad de levantar los cercos y tomar muestras a los casos sospechosos que encontrábamos hasta altas horas de la noche. El INSPI siendo también una entidad pública tenía, al igual que el MSP, una capacidad limitada. Los laboratoristas y profesionales tuvieron que trabajar turnos más seguidos para poder cubrir la demanda. Pero esa carga de trabajo no podía sostenerse por mucho tiempo. Los números de casos aumentaron, pero la capacidad del INSPI no incrementó en igual medida. No ampliaron el personal, y quienes ya laboraban estaban

agotados y algunos se contagiaron de COVID-19 y tuvieron que hacer el reposo médico obligatorio. Poco a poco fueron disminuyendo sus horas de recepción y procesamiento de muestras; primero comenzaron a trabajar solo hasta las 8 de la noche y suspendieron el trabajo los fines de semana, luego volvieron a la atención pre-pandemia y comenzaron a laborar en horario usual de 8am a 5pm de lunes a viernes. Esto afectó de forma significativa el manejo y control de los casos COVID-19. Pues había días que ya no podíamos levantar los cercos de forma adecuada porque no lo podíamos hacer pasada las 5 de la tarde o no podíamos tomar muestras los fines de semana. Al retrasar la toma de muestras de los casos sospechosos se retrasa también el levantamiento de los cercos epidemiológicos lo que llevó a una mayor posibilidad de contagios.

El pico del número de casos de COVID-19 de nuestro distrito que fue durante los meses de agosto y septiembre y coincidió con la terminación del año de servicio rural de un grupo de médicos y enfermeros de primera línea. El primer nivel de atención depende de los jóvenes profesionales de la salud rurales, pero estos profesionales trabajan en el MSP solo por 1 año. Veinte médicos rurales y diez enfermeros terminaron su año de servicio y no todos los puestos fueron reemplazados. Llegaron diez médicos y seis enfermeros, perdimos personal cuando más lo necesitábamos.

Tousignant (2018) describe cómo esta pérdida de capacidad, esta *des-protección* (unprotection) es sentida como un abandono del Estado tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes. En el caso de Senegal, donde los esfuerzos iniciales para comprender el origen de la toxicidad, diagnosticar, tratar y prevenir fueron extraordinarios, formaron alianzas, convenios, pero con el tiempo dichos esfuerzos fueron abandonados. Lo mismo pasó en el contexto ecuatoriano de la pandemia, inicialmente se establecieron “planes”, se redactaron lineamientos, se impuso restricciones, todo sin una visión a largo plazo y en poco tiempo se agotaron los recursos y todo el sistema de salud entró en *des-protección*.

A pesar de contar con los datos estadísticos generados por la infraestructura digital, a pesar de que el Dr. Carlos enviaba un informe sobre el comportamiento de los casos COVID-19 dos veces a la semana al director distrital, no se realizaron acciones para evitar la des-protección de nuestro sistema de salud.

La (in)capacidad de las autoridades

El control de la diseminación de la COVID-19 dependía mucho de las medidas de restricción en movilidad y reuniones sociales que las autoridades imponían en la población y a su vez del grado de cumplimiento de la gente de estas medidas de protección. Se ha observado que los países en donde el manejo de la pandemia estuvo a cargo de profesionales de la salud se logró mejor colaboración de la población y los resultados fueron más exitosos, como en el caso de Taiwán donde la respuesta al COVID-19 estuvo liderado por el Ministro de Salud.

Aunque en Ecuador existe una entidad rectora de salud, el Ministerio de Salud Pública, ésta no lideraba la toma de decisiones. La autoridad sanitaria del país, el puesto de Ministro de Salud es un puesto político, designado por el presidente de la república independientemente de su formación o experticia en la salud pública. El ministro nombra a los directores zonales y éstos a su vez a los directores distritales. El MSP está ligada a la agenda política del momento y se ha convertido en una herramienta propagandista del gobierno. Desde que existen los teléfonos celulares con cámaras fotográficas integradas se nos pide informes de nuestro trabajo en territorio con “pruebas fotográficas” y esas fotografías son difundidas a la población para venderse como un estado que invierte en el bienestar social.

Como mencionado anteriormente, el MSP en Ecuador no fue el ente que tomaba las decisiones en cuanto a las medidas restrictivas para mitigar la pandemia. Inicialmente el COE nacional dictaba las directrices para luego delegar ese papel a los COE cantonales con la estrategia de la semaforización. Los COE cantonales estaban encabezados por los alcaldes de cada cantón y la semaforización permitía a cada cantón establecer sus restricciones dependiendo de su número y patrón de contagios, rojo para restricciones estrictas, amarillo con restricciones moderadas y verde sin restricciones. Aunque era lógico que cada localidad determine el nivel de restricciones porque el patrón de contagios no era el mismo a nivel nacional, la mayoría de los COE locales no tenían experiencia en el manejo de desastres y crisis a esta escala. Y esto se traducía a que el COE tome las decisiones en base a lo que sus habitantes demandaban y en otros casos en base a intereses políticos y no en relación a la

información epidemiológica existente—incluso contando con plataformas digitales para la recolección de información.

Nuestro distrito está a cargo de los establecimientos de salud de 4 cantones, es decir nuestro director distrital de salud formaba parte de cuatro COE cantonales. Él ha trabajado en el Ministerio de Salud por más de diez años como funcionario en archivo y estadística, pero no tiene una formación médica. Fue nombrado director distrital en agosto del 2020. Su inexperiencia como cabeza a cargo de una institución y su limitado conocimiento en materia médico-científica determinó su (in)capacidad para influenciar en la toma de decisiones durante la pandemia.

Como han documentado muchos antropólogos, los tiempos de crisis no borran la falta de inversión en servicios de salud o los procesos burocráticos erráticos, desorganizados o corruptos que han se ha venido dando durante mucho tiempo (Leach, 2015; Wilkinson et al., 2017). Estos mismos antropólogos han resaltado la necesidad de respuestas coordinadas a diferentes tipos de desastres junto con representantes de la comunidad y personas que realmente conocen a las poblaciones que necesitan información sobre el problema en curso. Rara vez ha sido así, ya que los problemas políticos y económicos urgentes a menudo eclipsan las recomendaciones de salud. En el sur de Ecuador, esto es exactamente lo que sucedió.

Cuando la responsabilidad de cambiar de semaforización se delegó a cada COE cantonal, espacios de decisión liderados por los alcaldes de cada cantón, el director distrital solicitó al Dr. Carlos que le acompañe a una de las primeras reuniones de nuestro COE. El Dr. Carlos, como encargado del proceso de epidemiología era él que conocía a ciencia cierta la situación de los casos COVID-19 en la zona. Al llegar al municipio, los organizadores dejaron al Dr. Carlos fuera de la reunión indicando que para cumplir las normas de bioseguridad debían limitar el número de personas en la sala de reuniones. La reunión se realizó con la presencia del alcalde, de concejales, de nuestro director distrital, representante de los policías, representante de los militares, el jefe político, pero *sin* la persona que conocía más sobre la situación epidemiológica. El orden del día de dicha reunión y los temas a tratar fueron definidas por el alcalde y no dejó espacio para una intervención del MSP en el cual

podíamos exponer a detalle nuestro análisis de la situación epidemiológica y nuestras recomendaciones. El hecho de que el Dr. Carlos nunca fue incluido en el COE muestra efectivamente la distancia que este espacio político de toma de decisiones quiso marcar con el jefe epidemiólogo.

Estábamos en una etapa crítica, pues nuestros datos comparándolas con las tendencias mundiales indicaban que lo peor todavía estaba por venir. Necesitábamos exponer a las autoridades la situación real de casos en nuestra área y plantear nuestras recomendaciones. Solicitamos a nuestro director distrital que convoque a una reunión, esta vez liderado por el distrito de salud. La reunión se realizó por Zoom y el alcalde no estuvo presente, no nos dejaba otra interpretación que lo que se planteaba desde el sector de la salud no era parte de los criterios que él tomaba en cuenta para la toma de decisiones. Pocos días después, el alcalde anunció que el cantón sería el primero en la provincia en pasar al semáforo amarillo con el argumento de reactivar la economía. Explicó que la gente tenía que trabajar. No pasó mucho tiempo y los casos comenzaron a subir, el cantón registró el mayor número de contagios después de la capital provincial. En ningún momento el área médica dejaba de reconocer las necesidades reales que vivía la población pero los cambios que se dieron no siguieron las recomendaciones médicas para una reactivación económica más responsable. El cambio de semaforización tuvo un efecto directo en el incremento de casos positivos.

No se sabe quién asesoraba al municipio sobre los protocolos de bioseguridad para apertura de los negocios, pero no era el Ministerio de Salud Pública. La disposición de parte del municipio indicaba que para obtener el permiso para abrir el negocio debían presentar pruebas COVID-19 negativas, pero no especificaba qué tipo de prueba. En la mayoría de los casos las personas se realizaron pruebas rápidas de anticuerpos por el fácil acceso y el bajo costo ya que el MSP no realizaba pruebas PCR “preventivas.” Es decir, no hacíamos a personas sin síntomas o sin contactos de riesgo porque no teníamos los recursos. En los laboratorios privados, una prueba PCR costaba entre los \$100 a \$120 dólares de los EEUU. Debo indicar aquí que una prueba de anticuerpos negativa no indica que no existe infección actual. Esta prueba da positivo en etapas muy tardías de la enfermedad (12 a 14 días luego de los síntomas) y su sensibilidad es baja. Además, pudimos observar que muchos negocios abrieron sus puertas primero y luego se hicieron las pruebas. En algunos casos, dieron

positivo y tuvieron que cerrar los negocios a pocos días de la apertura. No había protocolos claros y no había garantía de que las personas que abrían sus negocios no portaban el virus. Empezamos a registrar a personas que eran conductores de buses, taxistas, dueños de restaurantes que dieron positivo para la prueba de PCR. Era común escuchar a los pacientes decir: “yo me cuidé tanto tiempo, me imaginaba que si pasamos a semáforo amarillo ya estábamos más seguros”.

El mensaje que el alcalde daba a la ciudadanía no coincidía con el mensaje que los profesionales de la salud queríamos comunicar a la población. Los profesionales médicos y de enfermería que hacíamos los seguimientos y atendíamos los casos COVID-19 pedíamos a los pacientes y a sus contactos que permanezcan en aislamiento en lo posible, limiten sus salidas y eviten reuniones sociales, mientras que el alcalde relajaba las restricciones con protocolos casi inexistentes y sin un ente de control. Como resultado, los pacientes no veían al personal del Ministerio de Salud Pública como el ente que vela por su salud y su bienestar, sino como el ente de control, y esto dificultaba nuestro trabajo en el levantamiento de cercos e identificación de casos. Los pacientes no nos informaban sobre su movilidad ni sobre sus contactos porque no querían aislarse. Muchos se enojaban con nuestras visitas reclamando que “ustedes solo vienen a encerrarnos”. Uno de nuestros pacientes, quien era taxista, nos preguntó si nosotros atendíamos todos los casos COVID-19. Le explicamos que atendemos a todos los casos que nos reportan o son identificados por nosotros mismos pero que muchos de los casos diagnosticados de las clínicas y laboratorios privados no son notificados y no podemos hacerles seguimiento. El taxista nos cuenta: “Yo tengo algunos compañeros que no quieren recibir atención por el MSP porque dicen que no quieren aislarse y ustedes lo único que hacen es controlar que los pacientes no salgan de sus casas”.

Las autoridades utilizaban la pandemia para el beneficio de sus agendas políticas. Ofrecían e implementaban acciones en las comunidades que no solo no ayudaban a mitigar la diseminación del virus y más bien causaba confusión y frustraba los esfuerzos de los profesionales médicos. Una de las medidas que el municipio adoptó dio una seguridad falsa a la población. El municipio realizó pruebas rápidas de anticuerpos a ciertas agrupaciones civiles mediante donaciones y convenios con el director distrital. Hacían jornadas especiales para realizarles la prueba rápida; un día a los de la cooperativa de taxis, un día a las

vendedoras del mercado, un día a los choferes de los buses y así a los diferentes gremios del cantón. Estas jornadas se realizaban con la presencia no solo del director distrital de salud, sino también del alcalde, de los concejales y en una ocasión estuvo presente el gobernador; también estaba siempre presente la prensa. Como equipo de epidemiología estábamos en contra de esta estrategia, explicamos que las pruebas de anticuerpos no garantizan que las personas no porten el virus o tengan una enfermedad activa. Pero como muchas otras recomendaciones nuestras, fue ignorada.

Lo más perturbador era que para dar paso a esta estrategia, nuestro distrito recibió donaciones de pruebas rápidas de empresas privadas. El momento de recibir las donaciones nunca faltaba un evento especial en el que estas empresas se muestran como buenos samaritanos en donde las autoridades les agradecen públicamente. No es que el personal de salud estuviera en contra de las aportaciones de las empresas privadas. Para nosotros el problema era que las acciones no estuvieran motivadas por el bienestar y la salud de las personas del cantón, sino más bien por el oportunismo político o empresarial que implicaba una manera de capitalizar de la desgracia de otros. Las empresas privadas también aprovechan estas oportunidades de miseria colectiva para el beneficio de sus propios intereses. Al documentar las secuelas del huracán Katrina en Nueva Orleans, Vincanne Adams (2013) describe cómo las empresas privadas pudieron “beneficiarse de la tragedia humana, convirtiendo los dolores en oportunidades para la inversión de capital en lo que Naomi Klein llama una forma de capitalismo de desastres.” En el contexto de Ecuador, las empresas privadas desempeñaron un papel diferente, que aprovechó su “responsabilidad social empresarial” de maneras que a veces eran más perjudiciales que útiles o que tenían más rédito político que beneficio en salud.

En el mes de noviembre una corporación que importa insumos médicos hizo una donación, a través del municipio de 2000 pruebas rápidas de anticuerpos. Estas pruebas fueron entregadas a la dirección distrital y ésta a su vez distribuyó a los diferentes establecimientos de salud. Desde la dirección distrital disponen con un comunicado por escrito que todos los establecimientos de salud deben aplicar mínimo 100 tamizajes en menos de una semana con el objetivo de hacer un tamizaje aleatorio para identificar nuevos casos. Al revisar los kits de las pruebas rápidas nos dimos cuenta que las pruebas estaban caducadas.

Las donaciones los habían hecho pocos días antes de la fecha de expiración de las pruebas. Notificamos a la dirección distrital sobre la fecha de caducidad de dichas pruebas pensando que probablemente no se revisó bien el momento de aceptar la donación y que solo algunas pruebas estaban caducadas. Pero desde dirección distrital nos indican que existe un documento de la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) en donde indica que el tiempo de vida útil del producto es más largo y que utilicemos esas pruebas. Todas las pruebas estaban caducadas y la dirección distrital aceptó la donación consciente de la fecha de caducidad. Como equipo de epidemiología solicitamos que se retiren las pruebas de los establecimientos de salud, pero nuestra petición fue denegada. No tuvimos otra opción más que hacer la denuncia de forma anónima a los medios de comunicación, tras lo cual el ARCSA acudió a retirar las pruebas caducadas, pero nunca hubo sanción a ninguna de las partes responsables del proceso.

Todas estas decisiones que tomó el COE cantonal fueron con el visto bueno del representante de la cartera de salud local, el director distrital. Pero para muchos de nosotros, profesionales de la salud locales, su participación en el COE local no fue de influencia sino de conveniencia política.

Muchos expertos en materia de salud pública, medicina social y antropología médica han comparado la pandemia de la COVID-19 con la experiencia de la epidemia del ébola. Melissa Leach (2020, pp.3-4) utiliza las experiencias vividas durante el brote de ébola de 2013 para pensar en la pandemia de COVID-19. Ella argumenta que,

Todas las ansiedades y enfrentamientos de este tipo - sobre cuarentena, comprensión de la enfermedad, relaciones político-económicas más profundas y recursos del sistema de salud - podrían sumarse fácilmente y alimentarse mutuamente. Estos aspectos de la experiencia del ébola nos recuerdan la facilidad con la que tanto las epidemias como las respuestas a ellas pueden politizarse, confundiendo los presupuestos de los modelos tecnogenciales ... Hacer un seguimiento de cómo se desarrollan estas políticas en campo, de una manera que pueda informar las respuestas en curso, es una tarea clave para los antropólogos y otros científicos sociales.

Además, enfatiza que los aprendizajes de experiencias como la del ébola deben tomarse en cuenta para informar como proceder en situaciones como la pandemia de la COVID-19. Hay varios estudios, todavía prematuros pero prometedores, que apuntan a estos aprendizajes como una de las razones para comprender el bajo nivel de contagios en varias zonas de África. Por otro lado, las comunidades muchas veces, ante el abandono estatal, suele “arremangarse” y enfrentar las crisis a su manera. Algunas veces de forma individual otras veces formando colectivos sociales.

La lección del ébola, entonces, no es que las 'comunidades' pueden detener las epidemias y generar confianza; es que comprender la dinámica social es esencial para diseñar intervenciones sólidas y debe ser una prioridad en la salud pública y la planificación de emergencias. Un paso fundamental es comenzar con una descripción más realista de las relaciones sociales locales. Incluir antropólogos con conocimientos especializados sobre personas y contextos en la formulación e implementación de políticas puede ayudar en este proceso. Un enfoque de que una misma estrategia sirve para todos y las reuniones públicas con supuestos interesados clave no es suficiente. Para lograr los objetivos posteriores al ébola de un público confiable y sistemas de salud fuertes y resilientes, se necesitan enfoques más matizados que sean sensibles a la forma en que los intereses sociales, políticos y económicos interactúan en los procesos políticos y los entornos locales ". (Wilkinson et al. 2017, pp.5-6)

A esto nos referimos cuando explicamos que no era el personal de salud el que pretendía que las personas no pudieran volver a trabajar. Justamente, porque conocemos la realidad de nuestros pacientes, sabemos que viven del día a día y que necesitan “reactivarse” como dijo el alcalde. Sin embargo, la manera apresurada en la que se llevó acabo el cambio de semaforización y los intereses que parecen motivar esos cambios dejan dudas sobre el rol que cumplió la experticia médica y epidemiológica en nuestra zona. Como indican estos autores, hay maneras en las que todos estos intereses y necesidades pueden ir de la mano de



la experiencia y recomendaciones médicas. Al final del día, para nosotros lo importante era que no murieran más personas.

CAPÍTULO III

Cuidados

La pandemia de la COVID-19 ha hecho más evidente la importancia de cuidarnos entre todos y el valor que tienen los diferentes tipos de cuidados en nuestras sociedades. La pandemia ha puesto en primer plano cómo las acciones individuales influyen directamente en el bienestar de familiares, amigos y vecinos. Aquí me interesa conectar con debates de larga data en antropología y estudios de ciencia y tecnología (STS) donde se viene discutiendo el espacio central que los cuidados ocupan en nuestras sociedades a pesar del poco reconocimiento—económico, social y político—que reciben. En este capítulo me enfoco en “poner atención” a esos espacios de cuidado que han cobrado mucha más relevancia durante la pandemia y que pueden darnos también luces sobre cómo reconstruir nuestras formas de con-vivir post-pandemia. En este sentido, me interesa lo que proponen Kawehipuaakahaopulani Hobart y Kneese (2020) cuando dicen que “La reciprocidad y la atención a las dinámicas inequitativas que caracterizan nuestro panorama social actual representan el tipo de cuidado que puede rehacer radicalmente mundos que superan a los ofrecidos por el estado neoliberal o posneoliberal, que ha demostrado ser inadecuado en su dispensación de cuidados.”

Los cuidados como describe Livingston (2012) suelen estar muy ligados a la moral, por lo tanto la naturaleza social y política de curar son mucho más evidentes en situaciones de vulnerabilidad colectiva, cuando la necesidad de sobrevivir amenaza con agobiar los procesos de cuidados y las redes de relaciones que sostienen a las comunidades. La COVID-19 es, al igual que el ébola, una *enfermedad del cuidador*. Paul Farmer en su trabajo en la epidemia del Ébola en el 2014, habla del ébola como la *enfermedad del cuidador* (Farmer, 2020), porque las personas que se enferman requieren de cuidados, y los cuidadores se exponen a contraer la enfermedad. Ambas enfermedades se transmiten principalmente por el contacto cercano y prolongado con personas infectadas por el virus. Tanto en el ébola como en la COVID-19 se ha observado que la transmisión se da principalmente en los

hogares, en las reuniones familiares. Por esto es pertinente un acercamiento desde “el cuidado”.

La estructura familiar en las zonas rurales del Ecuador consiste en familias extensas y las casas tienen espacios muy limitados. La condición de estas familias los hace más vulnerables para contraer la enfermedad y diseminarla en el hogar. El virus SARS-COV-2, causante de la COVID-19 requiere que modifiquemos nuestro comportamiento cotidiano de manera extraordinaria para cuidarnos y cuidar al otro. “Los cuidados siempre están relacionados con problemas específicos de individuos específicos en circunstancias específicas” (de La Bellacasa, 2017), por lo tanto el cuidado, como dice Tironi y Rodríguez-Giralt (2017) es fluido y adaptable. Los cambios en la forma de cuidar se han sentido con más fuerza en países en donde los vínculos y las actividades familiares y sociales han sido fuertes históricamente como lo son los países de América Latina. La forma de cuidar a los seres queridos mediante abrazos, dándoles la mano, sentarse junto a la cama tuvo que ser reemplazado por las visitas separadas por vidrio, dejando víveres en la puerta de la casa, conversaciones por medios virtuales y en el mejor de los casos un golpe de puños o de codos utilizando la mascarilla que cubre la mitad de la cara; pero ¿es viable que las comunidades rurales hagan funcional esta nueva forma de cuidar? Desde los hogares ¿cómo cuida la gente a su familiar COVID-19 positivo evitando contagiarse ellos mismos? Cuando un miembro de la familia da positivo para COVID-19, toda la familia debe aislarse, nadie puede salir de sus casas, no pueden tener contacto con otras personas hasta que el paciente sea dado de alta. El cuidado bajo estas limitaciones y circunstancias sin lugar a duda requirió de improvisaciones y adaptaciones y ha dejado cargas emocionales importantes de las cuales todavía no se habla suficiente.

Por otro lado, ¿cómo son los cuidados formales en escenarios en donde los recursos son limitados? El sistema de salud pública en el Ecuador en sí tiene sus limitaciones, con la llegada de la COVID-19 se sintió con más fuerza su escasez de recursos. Muchas familias en las zonas rurales no tienen las facilidades para cumplir con las recomendaciones de aislamiento cuando uno de sus familiares da positivo para COVID-19, ¿qué hace el gobierno para asistir a estas familias? ¿Quiénes son los responsables de los cuidados de los pacientes COVID-19? ¿Es la familia? ¿Es el gobierno? Farmer (2020) apunta que las arraigadas

inequidades de salud, los sistemas de salud débiles y la desconfianza en ellas son los principales problemas de la salud pública de nuestros tiempos, el cual, gracias a la pandemia se ha evidenciado más. Bajo estas circunstancias tanto el personal de salud como los cuidadores informales, familiares y amigos han tenido que improvisar para cuidar de las personas con COVID-19. Adicionalmente, al tener limitantes importantes de cuidar a las personas en casa, o incluso en los casos en los que los cuidados sólo podían ser provistos en los hospitales, el personal sanitario ha tenido con frecuencia que suplir los lazos emocionales y de apoyo que muchas veces realizaban los familiares en los establecimientos de salud. Al estar las familias imposibilitadas de visitar o acompañar a sus familiares en las clínicas y hospitales, las únicas personas que podían cuidar de los pacientes eran quienes estaban tratando al paciente. Aquí es importante comprender esto en el contexto que habla Arthur Kleinman (2012) cuando explica que, “El cuidado es uno de las prácticas morales fundamentales con significancia en la experiencia humana en todas partes: define el valor humano y se resiste a la cruda reducción al conteo y al cálculo de costos”. Esto pone un peso enorme en el personal de salud además de resaltar la importancia de los cuidados en los diferentes ámbitos, ya sean estos espacios públicos o privados.

Durante nuestra formación como trabajadores de la salud, “pandemia” no era parte del entrenamiento. Trabajar bajo altas presiones en situaciones de emergencia es parte del oficio, hemos visto y sentido la enfermedad y la muerte de cerca, pero nunca a esta escala. El hecho de que para cuidar de nuestros pacientes nos ponemos en riesgo, exponiéndonos a una nueva y desconocida enfermedad, hace que la presión y preocupación se eleve a otro nivel. No solo que debíamos trabajar casi a ciegas al inicio sin saber con qué tratar, cómo evitar que empeore, cuándo referir; sino que no podíamos alentar a los pacientes porque no podíamos saber con certeza su pronóstico. Los trabajadores de la salud hemos tenido que cubrirnos el cuerpo totalmente y los pacientes solo pueden ver nuestros ojos con mucho esfuerzo a través del reflejo de las pantallas faciales. Las voces distorsionadas de los médicos detrás de las prendas de protección hacen que la interacción médico-paciente se vuelva aún menos personal de lo que en sí ya ha sido en la salud pública. ¿Cómo estas barreras físicas afectan al cuidado que los funcionarios de la salud pueden brindar a sus usuarios? ¿Cómo cuidar a los pacientes sin descuidar la protección propia? Por otra parte, ¿cómo los

trabajadores de la salud cuidan a los suyos cuando día a día se exponen a casos positivos?
¿Quién cuida de los trabajadores de la salud?

Es necesario hacer el acercamiento al cuidado desde múltiples posiciones y perspectivas porque como Mol (2008) nos recuerda, la lógica del cuidado no tiene una simple y única configuración; siempre habrá otras versiones de los cuidados. Los diferentes entrelazamientos institucionales, los diferentes cuerpos y las diferentes formas de sufrimiento darán como resultados diferentes formas de cuidar y de ser cuidados.

En este capítulo quiero explorar el cuidado. Siguiendo los pasos de Tironi y Rodríguez-Giralt (2017) en su etnografía en la comunidad de Puchuncaví a 150 km de Santiago, Chile, donde estudian cómo los cuidados que la familia y la comunidad ejercen con sus enfermos envenenados por las actividades mineras de extracción de cobre les permite forjar lazos de apoyo, conocer su condición con mayor profundidad y organizarse para cuidarse a sí mismos. Pretendo utilizar el cuidado no sólo como descripción de la pandemia, sino para pensar cómo el cuidado proyecta y nos permite ver los entrelazamientos entre los pacientes, sus familias, los trabajadores de la salud y el gobierno. A su vez, quiero aplicar la visión de Haraway (citado en Puig de la Bellacasa, 2012) donde el conocimiento sobre el cuidado es una fuerza relacional mientras se resiste a las visiones moralistas, porque cuidar y ser cuidado no es necesariamente gratificante y reconfortante. Una visión de cuidados inspirados por el movimiento feminista no puede estar basado en un mundo tranquilo y armonioso, si no en hacer es ético-afectivo diarios que compromete los inevitables problemas de existencias interdependientes (Puig de la Bellacasa, 2012).

Cuidando con Miedo

Nos notifican de un caso de una adulta mayor que está en el consultorio de sintomáticos respiratorios, requería una muestra de hisopado para PCR para SARS-COV-2. Era inicios de abril del 2020, cuando teníamos únicamente 18 casos acumulados en total en nuestro distrito. Llegamos al consultorio ubicado junto al parqueadero del Hospital Básico, en su parte trasera me pongo mi equipo de protección personal (EPP). Me pongo las prendas

en el orden recomendado: primero los botines, luego la bata, la mascarilla, el protector facial, la gorra desechable y finalmente los guantes, y entro en el cuarto improvisado para pacientes sospechosos de COVID-19. Me preocupé un poco al ver a la paciente, era la Sra. Cristina, una paciente con artritis reumatoide deformante, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica que yo, como médica familiar, he venido tratando desde hace más de 5 años. La visito periódicamente, al menos una vez cada 2 meses en su domicilio porque es difícil para ella movilizarse debido a las articulaciones deformadas de sus rodillas y tobillos causadas por la artritis reumatoide. En el mes de noviembre del 2019 sufrió una caída y tuvo una luxación de cadera. Durante la última visita, que probablemente fue a finales de diciembre del 2019 todavía le costaba levantarse de la cama por sus propios medios, se movilizaba con muchísima dificultad, requería siempre de apoyo. La Sra. Cristina tiene más de 80 años y toma metotrexate para su artritis reumatoide. El metotrexate es un supresor del sistema inmunológico, es decir, baja las defensas que usualmente combaten las enfermedades infecto-contagiosas.

Saludo a la Sra. Cristina y no me reconoce. ¿Cómo me iba a reconocer? Yo estaba totalmente cubierta y mi voz se distorsionaba tras el protector facial. Le digo que soy la Dra. Fu Yu y ella me dice: “doctorita, tanto tiempo que no me ha visitado”. Le explico que por la pandemia no era buena idea que yo, como médica, que estoy en contacto con pacientes COVID-19 todos los días, la siga visitando cada mes. Le explico que estoy allí para tomarle la muestra de hisopado para ver si ella está contagiada de la COVID-19 y ella me responde: “no doctorita, no es eso, yo no he salido de mi casa, ¿me va hacer ese examen de la cosa por la nariz?” El hisopado es un procedimiento que es muy incómodo para los pacientes, hay que introducir un hisopo aproximadamente 10 cm por las fosas nasales hasta tocar la parte posterior de la nasofaringe, como la gente decía “hasta el cerebro”. Las imágenes del procedimiento habían estado rondando ya algún tiempo por el internet y muchas personas, especialmente los ancianos se rehusaban a someterse a dicho examen. Me tomó unos minutos convencerle para que me permitiera tomarle la muestra de hisopado. Al final, como es usual, luego de las indicaciones médicas que le doy, la Sra. Cristina me dice: “lo que usted diga doctorita, primero Dios y después usted”. (notas de campo 10/04/2020)

Pocas horas después de que tomé la muestra de hisopado le enviaron de regreso a casa, aún cuando ella por todas sus enfermedades de base y el cuadro respiratorio requería cuidados hospitalarios. Ese día, luego de realizar otros exámenes para determinar la gravedad de la enfermedad, la Sra. Cristina no tenía criterios para ser enviada al hospital de tercer nivel, además que sin confirmar el diagnóstico no la pueden ingresar con otros pacientes que son COVID-19 positivos; no podían ingresarla a la sala general porque era sospechosa para COVID-19 y podía contagiar al resto de pacientes en hospitalización en caso de que diera positivo; tampoco podían tenerla en el consultorio de sintomáticos respiratorios porque esa cama no tiene las facilidades para mantener a una paciente hospitalizada por más de 24 horas. La paciente no cumplía con los criterios para ser ingresada en ningún espacio, por lo tanto la enviaron a casa.

No nos debe sorprender que en contextos en los que los recursos en la salud pública son limitados, la responsabilidad de cuidar de los enfermos suele ser delegada a la familia, y dentro de ellas, generalmente a las mujeres. Clara Han (Han, 2012) describe cómo el discurso de “autocuidado y responsabilidad propia” del gobierno de Chile pone el cuidado de la salud de una población urbana pobre en las manos de los propios pacientes, justificando así la incompetencia del gobierno para garantizar el derecho fundamental a la salud que tiene sus habitantes. Este discurso no es una novedad. Al menos desde los años 70 Susan Sontag (2001) denunciaba la narrativa metafórica que obliga al paciente a convertirse en luchador contra su propia enfermedad, con frecuencia ignorando muchas de las condiciones y posibilidades reales de los pacientes. En Ecuador era común escuchar discursos de las autoridades al referirse a las personas como “irresponsables” cuando se registraba cifras altas de contagio de COVID-19. Estas afirmaciones culpan al enfermo y dejan de lado la situación socio económica de estas personas que los hace más vulnerables ante la pandemia, sin tomar en cuenta que muchas de estas familias viven el día a día y no tienen el lujo de autoaislarse del virus. Es además un discurso que evita resaltar las falencias de los gobiernos locales, regionales y nacionales al poder “culpar” a quienes se enferman de contraer el virus.

Cinco días después de la toma de hisopado, acudo a la casa de una de las hijas de la Sra. Cristina para darle los resultados de su prueba de PCR para SARS-Cov-2. Por el momento la Sra. Cristina estaba bajo el cuidado de su hija Ana. Yo no conocía la casa de la

Sra. Ana, las visitas que realizaba a la Sra. Cristina siempre eran en su propia casa. Nos tomó algunas paradas en casas cercanas para preguntar la ubicación exacta de la casa en donde se encontraba la Sra. Cristina, pues había que adentrarse en vías de tercer orden, caminos de tierra de un solo carril. El nieto de la Sra. Cristina bajó a la vía para recibirnos e indicarnos la entrada a su casa, el día anterior había llovido y la covid-móvil patinó cerca de la casa de la Sra. Cristina; se trataba de una pendiente bastante pronunciada y no nos quedó otra que caminar los 100 metros en un sendero hasta la casa.

En la casa de la Sra. Ana, quien tiene alrededor de 50 años de edad, vive ella y sus tres hijos, todos en su segunda década de vida. La casa es una pequeña estructura de bloque con 2 dormitorios y una cocina, todas las habitaciones tienen la salida a un pequeño patio central; el baño como es usual en las casas de campo se encuentra en la parte externa de la casa. Al llegar a la casa, nos reciben la Sra. Ana y sus tres hijos en el patio. Les digo que vengo a darles el resultado del examen para el coronavirus. “La Sra. Cristina dio positivo para COVID-19” les informo. Hubo unos segundos de silencio y la Sra. Ana responde: “yo si les dije en el hospital que ella está malita y que le tengan allá, ¿y ahora? Yo he estado durmiendo con ella todos estos días”. Le pregunté si desde el hospital le habían dado las indicaciones para los cuidados a pacientes COVID-19 en domicilio. Ella dijo: “si, pero acá no tenemos en dónde tenerle en un dormitorio sola, además ella en las noches se pone peor, hay que ayudarle para que vaya al baño, y ¿cómo uno duerme con la mascarilla puesta? Pero bueno, si, durante el día, ella y yo pasamos con la mascarilla”. Aquí el riesgo de contagio depende de los cuidados que los familiares puedan otorgar y esto está atado a la pobreza en recursos e infraestructura (Manderson & Levine, 2020).

Sigo indagando para determinar a quienes tengo que tomar muestras de hisopado: “¿usted está con algún síntoma? ¿Alguien de ustedes tiene síntomas?”, refiriéndome a los hijos. La Sra. Ana responde: “no, no, ellos como varoncitos no saben cómo cuidar a mi mamá, osea, no pues, ¿cómo ellos, cómo le van a cambiar y todo eso? Solo yo entro a verle a mi mamá”. Luego de más de 30 minutos de entrevista, decidimos hisopar a la Sra. Ana y a 2 de sus hijos (en el MSP solo hisopamos a pacientes sintomáticos, días más tarde hisopamos también al hijo faltante, cuando ya presentó síntomas).

“¿Cómo está Doña Cristina?” pregunto, “voy a entrar a revisarle”. La Sra. Cristina se encontraba en uno de los dormitorios, el cual compartía con la Sra. Ana. La habitación era pequeña y había únicamente un espacio de menos de medio metro entre las dos camas. Esta vez, ella reconoce mi voz y sin poder levantarse de la cama me dice “me ha venido a visitar, doctorita”. Era evidente que respiraba rápido, le tomo los signos vitales. Tenía una saturación de oxígeno de menos de 85%, aunque ella maneja saturaciones bajas por su enfermedad pulmonar obstructiva, lo que me preocupaba era su frecuencia respiratoria. Reviso sus pulmones y había más ruidos “anormales” de lo usual. La Sra. Ana me cuenta que sigue teniendo fiebres todos los días a pesar de la medicación que enviaron desde el hospital. Decido referir a la paciente, ahora con una prueba COVID-19 positivo, la paciente fue aceptada en el hospital de tercer nivel directamente.

Después de 10 días de hospitalización, la Sra. Cristina es dada de alta, todavía presentaba síntomas leves, pero ya no requería oxígeno adicional. Llamaron desde el hospital de tercer nivel a la Sra. Ana para indicarle que la ambulancia iba a llevar a la Sra. Cristina a la casa. Nosotros seguíamos acudiendo a la casa de la Sra. Ana porque uno de sus hijos dio positivo para COVID-19. Durante la visita, la Sra. Ana me solicita: “Doctora, por favor dígales en el hospital que le tengan a mi mamá hasta que se cure, acá no podemos cuidarle, imagínese, yo sufro de nervios (la señora Ana toma ansiolíticos), yo no puedo cuidarle a mi mamá, ¿y si ella me contagia? No doctora, yo no puedo”. Uno de los hijos interviene: “si doctora, imagínese, mi mamá también es enferma. Ella no va a poder cuidar a mi abuela, ella se va a enfermar más, ¿no pueden tenerle a mi abuela en el hospital hasta que se cure?”. Les explico que ya no pueden tener hospitalizada más tiempo a la Sra. Cristina porque ella ya no necesita de cuidados hospitalarios y que esa cama puede servir para otros pacientes que necesitan de oxígeno. Pregunto sobre la otra hija de la Sra. Cristina, la Sra. Nancy (en donde había también un caso positivo para COVID-19), si ella puede recibirle y la Sra. Ana me responde: “ella dice que allí también hay enfermos y que pueden contagiarle de nuevo a mamá. Pero usted hable con ellas, allá son más mujeres, como mujercitas le pueden cuidar a mamá. Usted doctorita dígales, a usted le han de hacer caso”. En las zonas rurales, los cuidados todavía recaen en las mujeres. En estas familias impera la idea de que la mujer tiene el “deber” de cuidar sencillamente por su condición de mujer (Salazar, 2017).

Acudo a la casa de la Sra. Nancy para hacer el control de los casos positivos de esa casa y les pregunto si van a recibir a la Sra. Cristina. Les indico que es importante que notifiquen al hospital de tercer nivel para que la ambulancia sepa a dónde llevar a la Sra. Cristina. La Sra. Nancy me dice: “nosotros le estuvimos cuidando a mi mamá todo el tiempo antes de que se enferme, nosotros fuimos los que le llevamos al hospital el día que usted le cogió la muestra para el coronavirus y ahora mi sobrina aquí también está contagiada. Allá mi hermana Ana que le reciba. Acá tenemos niños pequeños”.

Ahora, ninguna de las dos hijas quería cuidar a la Sra. Cristina, tenían miedo del desconocido virus, tenían miedo de que la Sra. Cristina, sin estar totalmente curada pueda traer el virus a la casa, y debatían cuál de las dos hermanas era “responsable” de cuidar de su madre. En el contexto de la pandemia, cuidarla implicaba otras lógicas. Las hijas de la Sra. Cristina, han cuidado de la Sra. Cristina desde que falleció su papá hace un poco más de 2 años; no la han descuidado, están siempre muy pendientes de las citas médicas, verifican que ella siempre cuente con la medicación que necesita. Ahora, la Sra. Cristina siendo COVID-19 positivo se presentaba no solo como alguien que requería de cuidados, sino también como una amenaza a la salud de las familias de sus hijas. Hay que tomar en cuenta también que los cuidados que la Sra. Cristina requería implicaban contacto corporal muy cercano, el cual aumenta el riesgo de contagio; ella requería ayuda para movilizarse, no se trataba únicamente de aislarla en una habitación y llevarle la comida. Y no olvidemos que el espacio en las casas de las hijas de la Sra. Cristina no permite poner a la Sra. Cristina sola en una habitación. Los hospitales en el país no cuentan con suficiente espacio ni recursos para cuidar a los pacientes hasta que den negativo a la prueba de control, el cual en muchas ocasiones quiere decir estadías de más de 21 días. Las hijas de la Sra. Cristina navegaron entre muchas posibilidades, sin obviar lo que entendía como “su obligación” de cuidar a sus propias familias nucleares y de su propia salud. Al final, decidieron llevar a la Sra. Cristina a su propia casa y la Sra. Nancy aceptó mudarse a la casa de la Sra. Cristina para cuidarla. Aún así, la infraestructura en la casa de la Sra. Cristina no era la óptima, pues contaba con un solo dormitorio por lo que la Sra. Nancy puso un colchón en un rincón de la cocina para pasar allí las noches. Además implicaba que la Sra. Nancy dejaba el cuidado de su propia familia para hacerse cargo de su madre. La situación para las tres mujeres evidencia las complejas redes

de cuidado que deben crearse para sostener la vida en contextos de bajos recursos y de infraestructuras débiles—tanto públicas como privadas.



Imagen 6: Sra. Cristina luego de haber sido dada de alta del Hospital. En su propia casa donde terminó su aislamiento bajo los cuidados de su hija Nancy.

Foto: Diego León



Imagen 7: una familia de 7 miembros que habitan en una casa de 2 dos dormitorios. 4 de los 3 miembros de la familia fueron COVID-19 positivos.

Foto: Fu Yu Chang

Cuidados informales frente a las limitantes o del sistema de salud público

A diferencia del caso de la Sra. Cristina que ocurrió a inicios del mes de abril del 2020, entre los primeros casos reportados en nuestro distrito, para marzo de 2021, casi al año del inicio de la pandemia, las formas de cuidados y la actitud de los familiares hacia la COVID-19 ha cambiado significativamente. A diferencia del inicio de la pandemia, en donde todos tenían miedo de la COVID-19 y creían que era una enfermedad que podía ser tratada sólo en el hospital y que los médicos eran los únicos capaces de cuidar a dichos pacientes, ahora muchos pacientes y sus familiares han perdido el miedo al virus. Pero más que la pérdida del miedo, la actual disposición de cuidar a familiares con COVID-19 se debe en gran parte a la desconfianza en los servicios de salud públicos. Esta desconfianza en la salud pública no es un sentir reciente, no es un sentir exclusivo de la pandemia. El histórico descuido sistema de salud público ha alimentado la desconfianza. Utilizo el término “descuido” de la misma forma que Tironi & Rodríguez-Giralt (2017) utilizan: como el abandono del gobierno al sistema de salud y como consecuencia el des-cuido de la salud de la población con menos recursos.

Cuando la Sra. Cristina necesitaba de cuidados hospitalarios, sus hijas y familiares no dudaron en aceptar la transferencia. Era la época temprana de la pandemia, cuando no conocíamos mucho sobre la enfermedad y sabíamos poco sobre la transmisibilidad. Lo poco que la gente sabía sobre la COVID-19 eran las imágenes que circulaban en el internet donde los trabajadores de la salud se cubrían totalmente para evitar contagiarse. En esta misma época fue cuando escuchábamos las noticias de que familias enteras en la provincia del Guayas se enfermaban y tenían que poner a los cadáveres afuera de las casas porque los servicios funerarios estaban ya colapsados. Los familiares de la Sra. Cristina no tenían duda de que la Sra. Cristina requería de cuidados hospitalarios para no caer en la misma suerte de los pacientes de Guayaquil. Hospitalizar a la Sra. Cristina también les liberaba de la posibilidad de contagiarse por cuidarla. En esa época, la percepción era que los pacientes COVID-19 morían en las casas, no en los hospitales, los pacientes COVID-19 morían por falta de atención médica.

Con el paso del tiempo, los hospitales en el país colapsaron, muchos pacientes hospitalizados en cuidados intermedios que requerían de cuidados intensivos morían porque los servicios estaban saturados como, por ejemplo, el caso del Sr. Salvador que murió en nuestro hospital básico porque no logramos conseguirle una cama en cuidados intensivos. No sólo no logramos aumentar la capacidad de nuestro sistema de salud que en sí estaba descuidado, sino que con el progreso de la pandemia los pocos recursos se fueron agotando, el sistema sufrió una pérdida de capacidad quedando además des-protegido (Tousignant, 2018). Poco a poco comenzamos a escuchar a la gente comentar que los pacientes COVID-19 mueren en los hospitales. Los pacientes ya no deseaban ser transferidos a los hospitales, especialmente a los del servicio de salud pública y sus familias preferían cuidarlos en casa.

“El cuidado es a su vez sumamente personal, como relacional, es un asunto práctico-vital, crucial para el bienestar del paciente y de su supervivencia” (Livingston, 2012, p. 96). Es por esto, que los familiares ante la duda de la calidad de atención que los pacientes podían recibir en los hospitales públicos—sumado a la imposibilidad de visitarlos—optan por ejercer el rol de cuidadores, inclusive supliendo cuidados profesionales improvisados.

“Sr. Manuel, lo mejor es que le refiramos al hospital para que reciba oxígeno” comunico al paciente en presencia de su esposa tras examinarle en el dormitorio de su casa. El Sr. Manuel es un paciente joven de 33 años sin ninguna comorbilidad; estaba ya en su séptimo día de síntomas. Dos días antes, se encontraba bastante estable por lo que dejé de visitarle diariamente. Esa mañana llamaron al centro de salud porque el paciente sentía dificultad para respirar y no pudo dormir toda la noche. No logramos llegar a revisarle hasta pasadas las cuatro de la tarde y todavía teníamos algunos pacientes que visitar. Con cierto grado de impaciencia les pregunto: “¿están de acuerdo? para llamar al hospital a verificar si hay camas y yo le llevo personalmente este rato”. La esposa del paciente, la Sra. Norma, me pregunta: “¿y qué le van a hacer en el hospital?” Les explico que por el momento lo que necesita el paciente es flujo libre de oxígeno para que sus músculos respiratorios no se cansen, que el señor todavía no requiere de otros métodos más invasivos de asistencia respiratoria, pero si no le ayudamos con oxígeno sus músculos respiratorios pueden agotarse y allí sí podría necesitar intubación. “Doctora” me responde el paciente, “osea, ¿solo me van a poner el oxígeno con esa manguerita en la nariz? Porque nosotros tenemos un tanque de

oxígeno aquí en la casa. Tenemos las truchas, no ve que a las truchas tenemos que ponerles oxígeno en las piscinas”. La Sra. Norma me lleva al patio de la casa y me muestra el tanque de oxígeno acostado junto a otras herramientas. “Pero necesitamos el manómetro y el humidificador, ¿tienen en dónde conseguir? Antes teníamos en el hospital para prestarle pero ahora, con todos los pacientes COVID ya no tenemos manómetros en el hospital para prestar”. “Sí doctora, cuando compramos el tanque, vino con algunas cosas, venga le muestro a ver si sirve”. Norma entra a la cocina y retorna con una funda que contenía todo lo necesario para instalar y hacer funcional el tanque de oxígeno. Yo, personalmente prefería llevar al paciente al hospital, “Sra. Norma, sí está todo completo para ponerle el oxígeno aquí en la casa, pero hay que irle controlando la saturación para saber cuánto oxígeno hay que pasar. Es mejor que haya alguien que sepa que le esté monitorizando al Sr. Manuel. ¿Usted tiene oxímetro?” “Doctora, usted enséñeme y yo le controlo. Allá en el hospital igual han de estar muchos pacientes, yo no le puedo ir a visitar, el resto de la familia todavía no cumplen los 10 días de aislamiento que dice usted, ayúdenos para que reciba el oxígeno aquí en la casa. Yo le puedo cuidar si usted me indica” (notas de campo 27/01/2021). Ante el pedido de la señora, accedí a prestarles mi oxímetro y me senté junto al Sr. Manuel y la Sra. Norma para enseñarles con detalle cómo deben monitorear la saturación de oxígeno y ajustar el flujo de oxígeno según la saturación.

A los pocos días, otra de mis pacientes, en esta ocasión una adulta mayor requería también de hospitalización por necesidad de oxígeno. Cuando informo a sus familiares, el sobrino me pregunta: “doctora, es verdad que muchos pacientes mueren cuando son llevados al hospital?” Trato de tranquilizarlos explicando que en caso de que la señora fuera intubada si tendría un alto riesgo de muerte, porque una vez que un paciente requiere ventilación mecánica tiene únicamente el 50% de probabilidades de sobrevivir; pero en este caso, la paciente no necesitaba ventilación mecánica.

Cuando informo a los pacientes sobre la necesidad de hospitalización siempre hay un momento de angustia y confusión en los pacientes y sus familiares. Trato siempre de darles suficiente tiempo para que puedan decidir, pero les explico que deben decidir rápido porque tengo otros pacientes que visitar. Es una situación difícil para los familiares porque al fin y al cabo deben tomar una decisión apresurada sobre un ser querido. Pero es al mismo tiempo

una situación difícil para el personal sanitario porque debemos cuidar de más pacientes de los que alcanzamos. Los cuidados deben ser estirados de los dos lados y para nadie es fácil tomar esa decisión en una situación donde podrían potencialmente no volver a ver a su familiar. En este caso, los familiares de la señora me indican que deben consultar con el resto de hermanos. Decido continuar con el resto de las visitas domiciliarias y les dejo mi número de teléfono para que me llamen una vez que decidan qué hacer con la paciente. Una hora después me llaman al celular y me indican que van a conseguirle oxígeno para ponerle en la casa y me preguntan si yo le puedo hacer el seguimiento domiciliario. “Doctora, le vamos a conseguir el oxígeno, pero nos gustaría que usted le trate aquí en la casa, le pagaríamos a usted para que usted le atienda aquí”. Les explico que como funcionarios de salud pública nosotros no cobramos y que como parte de la atención del COVID-19 tenemos la obligación de visitarle en la casa, por lo tanto, si ellos consiguen el oxígeno yo le haría los controles sin ningún problema. Esta situación es el reflejo de la noción común de que lo “pagado es mejor”, o que para obtener una mejor atención se debe “pagar” aún a la misma persona que trabaja en el sector público. Llama la atención que los familiares piensen que deben pagar “extra” a un médico del MSP para que les atienda, cuando todas las personas tienen derecho a una atención gratuita por parte del MSP.

En más de una ocasión los pacientes han publicado en las redes sociales que el MSP “no sirve de nada”. Uno de nuestros pacientes, dueño de uno de los negocios más concurridos del pueblo, dio positivo para COVID-19. Su resultado se demoró más de lo normal en ser reportado. El momento que mi compañera le llama a avisar el resultado el paciente le responde: “cuál es el problema con ustedes, vea la fecha en la que me hicieron la prueba y ahora vienen a darme los resultados, sigan con su irresponsabilidad y yo acá estaré al cuidado de un verdadero médico”. El paciente puede exigir porque el gobierno manifiesta a través de la salud pública que el cuidado a su población y la compasión son unos de sus valores primordiales y esto ha expuesto la tensión sobre cuáles son los derechos y responsabilidades entre la persona y el estado (Livingston, 2012).

Las inconformidades con la atención de la salud pública no son debidas únicamente a la demora en tiempos. En la salud pública, estamos obligados a ahorrar recursos. No pedimos exámenes o damos tratamiento si no está debidamente justificado. En la mayoría

de casos debemos regirnos a los lineamientos y guías clínicas publicadas por el MSP. En el caso de los tratamientos para la COVID-19 nos limitamos a utilizar medicamentos para contrarrestar síntomas y somos muy conservadores al momento de prescribir debido a que la mayoría de tratamientos estaban en fase de estudio y no estaban “aprobados” por las comunidades médico-científicas. Había además momentos en los que se nos acababa la medicación y debíamos pedir a los pacientes que compren. Para muchos pacientes, los “verdaderos médicos que sirven”, son los médicos del sector privado, quienes prescriben 5 o 6 medicamentos para casos leves. De esos 5 o 6 medicamentos, todos están en fases de estudios o son medicamentos que no son necesarios sino preventivos. Para estos pacientes, el MSP no sirve porque se prescribe medicación si no se cree absolutamente necesaria. A pesar de tener bajos recursos, muchas familias se esfuerzan para pagar servicios privados y muchas veces incurren en grandes deudas para ello.

La desconfianza en la salud pública tiene consecuencias económicas a largo plazo para los pacientes y sus familiares. Cuando se trata de la salud, las personas son capaces de “intentar todo”. En el mes de julio del 2020, cuando nuestro hospital básico no contaba todavía con el área COVID, dimos de alta a un paciente positivo para que reciba cuidados en la casa. El paciente tenía un cuadro con una dificultad respiratoria leve, pero saturaba bien. Esa misma noche en su casa, el paciente se puso peor, empeoró su dificultad respiratoria y los familiares decidieron llevarlo a una clínica privada ya que nosotros no le habíamos hospitalizado. Los familiares del paciente supusieron que si le llevaban nuevamente al hospital básico le íbamos a enviar nuevamente a la casa. El paciente pasó más de 10 días en cuidados intensivos en la clínica privada y falleció. La familia quedó con una deuda de más de 30 mil dólares.

El trabajo de Joe Dumit (2012) ilumina parte del problema. Desde los años 50 el incremento de la estadística en la comprensión de la enfermedad—a través de las pruebas controladas aleatorizadas—redefinió la noción de riesgo al convertir una posibilidad de riesgo en algo tratable médicamente. Como explica Dumit, hoy en día estamos convencidos de que las pastillas nos ayudan a tratar el riesgo de contraer una enfermedad o que nos ayudan a controlar ese riesgo. Esto acarrea un incremento desmesurado del consumo de medicamentos en nuestras sociedades. La influencia de la industria farmacéutica que muestra

Dumit detrás de estos cambios en los tratamientos de la salud explica, en parte, que los pacientes hoy en día sientan que reciben un mejor cuidado o tratamiento cuando se les receta medicamentos farmacéuticos, y con frecuencia asocian el precio del fármaco con su eficacia. Una discusión más amplia va más allá del alcance de esta tesis pero es importante resaltar que algunas de estas condiciones externas afectan la comprensión del trabajo de salud pública, principalmente en épocas de crisis como el manejo de una pandemia.

La normalización del des-cuidado en el sistema de salud pública

Los temores de los pacientes y sus familiares cuando los pacientes deben ser hospitalizados en una institución pública no son sin fundamento. Hay muchas deficiencias en la salud pública pero ante la precariedad histórica de los servicios públicos las hemos normalizado. Estamos acostumbrados a trabajar con limitaciones, estamos acostumbrados a improvisar y nos hemos adaptado. Trabajamos con lo “mínimamente necesario” y muchas veces esto está muy lejos de ser una atención de “calidad y calidez” como aspira el MSP a proveer. Trabajar en estas condiciones día y noche ha hecho que no veamos con claridad las deficiencias, dejamos de enfocarnos en las deficiencias para más bien concentrar nuestra energía en improvisar y adaptarnos.

John, caso positivo para COVID-19 es un estadounidense jubilado que vive en una comunidad que pertenece a nuestro distrito de salud. John tiene 72 años y no tiene ninguna enfermedad de base, es bastante activo para su edad, no tenía ningún factor de riesgo a parte de su edad. Realizamos visitas domiciliarias cada 2 o 3 días y se mantuvo estable inicialmente. A los 7 días de la enfermedad recibo una llamada de su esposa, también adulta mayor, pidiéndome que le visite porque John ha estado tembloroso y sudoroso todo el día. Cuando le examiné, John saturaba bajo, mientras yo le informaba la necesidad de que John reciba oxígeno, de repente sus ojos se desvían, los músculos de su cara se tensionan y su cuerpo se sacude levemente por unos pocos segundos. John presentó una crisis convulsiva. Se han reportado síntomas neurológicos en la COVID-19, John fue mi primer paciente con una crisis convulsiva debido a COVID-19. John necesitaba hospitalización de urgencia y no teníamos tiempo que perder. El 911 suele demorarse más de 1 hora en despachar ambulancia

por lo que decido llevarle en mi propio carro al hospital. Esto ocurrió en el mes de febrero del 2021, durante el inicio de la segunda ola de contagios. Yo ya no me encontraba trabajando en el hospital, sino que había retornado a la atención de pacientes en el centro de salud local en el que trabajaba antes de la pandemia porque después de casi un año las necesidades locales fuera del hospital no podían seguir siendo pospuestas. El área COVID del hospital básico estaba casi lleno, John iba a ser el séptimo paciente hospitalizado en un área de 10 camas. Ese día habían ingresado a 5 pacientes incluyendo a John. Alrededor de las 8 pm llegamos al hospital y nos recibe la médica residente, Dra. Dania, con quien yo había coordinado previamente vía telefónica. La Dra. Dania es una médica rural que apenas había iniciado su trabajo en el área COVID-19 hace un poco más de 1 mes. Los médicos rurales son médicos recién graduados y el año de medicatura rural es el primer año que trabajan sin supervisión permanente. Era notorio que el equipo de salud: la Dra. Dania y las dos enfermeras que se encontraban de turno estaban sobre trabajadas y cansadas. En el momento en el que ingresamos al paciente, ellas todavía no habían merendado; ya habían trabajado 12 horas y les quedaba 12 horas más de su turno designado.

El MSP, especialmente en zonas rurales depende fuertemente de los profesionales "rurales", es decir, profesionales nuevos que cobran poco y a quienes con frecuencia se les obliga a hacer turnos largos y trabajo exhaustivo. Si bien es un momento de aprendizaje para el personal de salud, es también un espacio de trabajo precario dentro del sistema de salud pública. Un área COVID-19 en donde están pacientes que pueden complicarse en cualquier momento debería estar a cargo de profesionales con más experiencia, pero no tenemos suficientes médicos con más experiencia para cubrir los turnos.

Hay que mencionar también que, en muchos casos, no hay voluntad por parte de los médicos para atender a pacientes COVID-19. Según las autoridades del hospital, especialistas en medicina interna no pueden exponerse a los pacientes COVID-19 porque deben atender también a pacientes no COVID-19. Lo que se hace entonces, es que los rurales hagan turnos de 24 horas, ellos cuidan, atienden, asisten y examinan a los pacientes y reportan el estado de los pacientes a los médicos internistas. Además, los médicos rurales son los encargados de sacar sangre para para los exámenes complementarios cuando normalmente ese es el trabajo del laboratorista. Dos veces al día, los médicos internistas y los médicos

rurales analizan los casos, pero los médicos especialistas no entran al área COVID-19 de forma rutinaria; muchas veces las novedades son reportadas únicamente vía telefónica. Los médicos internistas son los que dan el visto bueno para las prescripciones y los que deciden los esquemas terapéuticos que cada paciente recibe, sus decisiones suelen basarse en los reportes verbales de los médicos rurales. Lo que intento iluminar con esta explicación es las capacidades limitadas del sistema de salud pública, más aún durante una pandemia. Como explican Bonilla y Lebrón (2019) es justamente que durante (o inmediatamente después) de un desastre, quedan reveladas todas las debilidades de los sistemas de atención a la población, particularmente en el caso de sistemas públicos históricamente desfinanciados y descuidados.

Al día siguiente del ingreso de John le hago una visita en el área COVID. Normalmente cuando transfiero un paciente al hospital, el hospital se hace cargo del paciente y yo vuelvo a ver al paciente en su domicilio cuando es dado de alta. John habla un español muy básico. Yo había prometido a la esposa asegurarme de que él comprenda los procedimientos médicos que estaba recibiendo. Me acerco a la cama de John puesta todo mi equipo de protección personal, le pregunto cómo está y si tiene alguna duda sobre los procedimientos y medicación que ha recibido. La serie de conversaciones que resultaron son especialmente importantes porque el relato de John de su experiencia es muy diferente al resto de los pacientes puesto que él no es un usuario regular de nuestro sistema de salud pública.

El área COVID-19 de nuestro hospital básico fue adecuado en la sala de velaciones del cementerio municipal que queda a unos 100 metros del hospital. La sala consta de un solo espacio de aproximadamente 100 metros cuadrados. Todo el mobiliario hospitalario que se utiliza allí fue recolectado de las bodegas de los diferentes hospitales de la zona. Las 10 camas eran camas viejas que se encontraban embodegadas y todas las camas tenían alguna falla. Por ejemplo, en unas no servían las ruedas, en otras no servía el sistema eléctrico para subir la cabecera. Las camas no eran del todo funcionales pero cumplían su objetivo principal: un lugar para que los pacientes se acuesten.

John se encontraba en su cama entre otros dos pacientes separados por una distancia de un poco más de 1 metro. No hay biombos o ningún tipo de separador entre los pacientes. Lo único que separa un paciente con el otro es el espacio vacío. El paciente a la derecha de John era un paciente joven que también fue transferido por mí; tenía dificultad respiratoria severa y recibía oxígeno con mascarilla (el siguiente paso cuando ya no tolera el flujo máximo por bigotera). John, con su bigotera conectado al tanque de oxígeno, me pide que le detalle el procedimiento en su caso. Le explico que le están administrando antibióticos, antiinflamatorios, corticoides y anticoagulantes; que están tramitando para realizarle una tomografía de su cabeza por la crisis convulsiva que tuvo la noche anterior. John expresa su gratitud por los cuidados que está recibiendo y dice: “no sé cómo ustedes logran esto con los recursos tan limitados”. Su comentario hizo que se nublen mis ojos con un poco de lágrimas.

Regreso dos días más tarde y todavía no le realizaban la tomografía a John. Hubo inconvenientes con la movilización al hospital de tercer nivel para el examen. John estaba en mejores condiciones, no había vuelto a convulsionar y su saturación había mejorado mucho. John me llama por teléfono y me pregunta si puede conversar conmigo. Al final de mi día de trabajo le hago otra visita en el área COVID.

John estaba ya sin oxígeno, habían iniciado el destete, es decir estaban probando si su cuerpo toleraba estar sin oxígeno suplementario. John me pregunta cuánto tiempo más va a estar hospitalizado. Le explico que el médico residente de turno me indicó que el siguiente día le iban a realizar la tomografía y según esos resultados había la posibilidad de darle el alta porque no había requerido oxígeno todo el día. Con lágrimas en los ojos, de forma muy gentil y teniendo mucho cuidado en la elección de palabras me dice (en inglés):

Entiendo muy bien que ustedes hacen todo lo que pueden y veo que están con poco personal y tienen recursos muy limitados, pero creo que es importante el bienestar mental para que una persona mejore físicamente. Más que queja, quiero decirte que mentalmente no estoy bien aquí. No me siento seguro porque este señor al lado está muy mal, tose y tose y tose, siento que voy a ponerme mal de nuevo porque estoy respirando todo su virus. Anoche al señor de la cama del fondo le dio una crisis de ansiedad y el médico y las dos

enfermeras pasaron toda la noche tratando de calmarle. Nunca apagan la luz. En la tarde la señora del frente parecía que se sentía mal y no había ninguna enfermera o médica aquí adentro. No hay buena ventilación aquí adentro, siento que el aire está concentrado y pesado. Las señoras de limpieza vienen a limpiar superficialmente una vez al día y de los 3 días que he estado hospitalizado no han limpiado mi mesa. Allí en la misma mesa preparan mi medicación y me dejan la comida y no la han limpiado. Me han pinchado muchísimas veces porque se obstruye la vía del suero. Quiero que sepas que estoy sumamente agradecido, no quiero que pienses que no reconozco su gran labor. Pero te quiero pedir que si creen que todavía necesito cuidados hospitalarios me puedas transferir a una clínica privada. Yo tengo los recursos y puedo pagar. (notas de campo 9/02/2021)

Trabajo desde hace 8 años en el MSP y siempre he sido muy crítica sobre nuestros servicios. Estoy convencida que hay que ver los errores y reconocerlos para poder mejorar. No hay que negar, y a través de mis relatos sobre la pandemia he comentado reiteradamente sobre la falta de recursos. Hay una deficiencia no solo en infraestructura sino también en el personal que cuida a los pacientes, los médicos jóvenes y recién graduados, los enfermeros sin experiencia que perforan las venas el momento de canalizarles. Por otro lado, estos mismos profesionales se quedan largas horas en la noche consolando a un paciente y dejan hasta de comer y dormir para cumplir con los cuidados. Como Livingston (2012) sugiere, “no debemos sobrevalorar ni condenar a los profesionales de la salud porque muchos de ellos están realizando un trabajo extraordinario bajo condiciones notablemente difíciles” (p 98).

Farmer (2020) analiza cómo al considerar que los servicios de salud mediocres que ofrecemos “al menos” son gratis para los usuarios hace que fracasemos en reconocer que ni siquiera intentamos proveer de la una atención de alta calidad. Para nosotros la falta de recursos que nos lleva al des-cuidado es algo que hemos normalizado, como si fuera todo lo que podemos ofrecer porque es un servicio gratuito. Al normalizar esta situación no vemos los detalles que John vio en su corta estadía en el hospital. El resto de los pacientes aceptan los cuidados des-cuidados con más normalidad porque es el sistema al que tienen acceso ya sea por su situación geográfica o por su condición socio-económica. El paciente que estuvo

al lado de John, quien tosía y tosía, me comentó cuando fue dado de alta: “muchas gracias doctora, la verdad, excelente la atención que recibí allí en el hospital, gracias a ellos me estoy curando”. ¿A caso este tipo de servicio des-cuidado es todo lo que nuestros pacientes merecen? La experiencia de John nos ayuda a poner en relieve los servicios que tenemos y reconocer la normalización del des-cuido como algo en lo que debemos trabajar como sociedad para no convertirlo en otro de los tantos espacios de normalización del “horror de la violencia cotidiana” que a veces solo puede ser comprendida, como dice Nancy Scheper-Hughes (1992), cuando tomamos distancia de ella.

Cuidando a los profesionales de la salud

¿Qué hay de los cuidados a los profesionales de la salud en primera línea? ¿Quiénes nos cuidan? ¿Cómo nos cuidamos? Este es un subcapítulo en la temática de cuidados que es muy personal y no lo quiero dejar pasar.

Nos han categorizado como héroes, nos aplauden, nos dan placas de reconocimiento; pero nuestra experiencia personal en la pandemia es mucho más que sacrificio y reconocimiento. Los profesionales de la salud somos un grupo de seres humanos muy heterogéneos, no todos escogimos la profesión motivados por los mismos ideales y objetivos. La imagen romántica de que los profesionales de la salud escogieron la profesión por el noble objetivo de salvar vidas y servir a la sociedad no es del todo real. Los que trabajamos en la salud también somos seres humanos, también tenemos nuestros miedos e intereses personales; todos tenemos familia a quienes queremos proteger y cuidar, y que tratan, en la medida de sus posibilidades, de cuidarnos. Durante la pandemia hemos tenido que enfrentarnos a conflictos entre cuidar al paciente, cuidar a nuestros seres queridos y cuidarnos a nosotros mismos. ¿Quién velaban por nuestro bienestar? Vuelvo a citar a Puig de la Bellacasa (2012) cuando dice: “debemos tener cuidado de no idealizar el mundo del cuidado: cuidar y ser cuidado no necesariamente es gratificante y reconfortante”.

Al inicio de la pandemia el MSP paralizó gran parte de sus servicios de atención a la población general. Solo se atendían emergencias y pacientes con cuadros respiratorios. Se

habían designado zonas especiales para atender a los sintomáticos respiratorios, es así cómo nace la creación de nuestro consultorio de sintomáticos respiratorios en el hospital básico. Este consultorio improvisado que mencioné anteriormente era una adaptación de un consultorio que antes estaba designado para psicología—y posteriormente se creó la zona de las 10 camas en la sala de velaciones del cementerio municipal.

Para brindar atención separada en el consultorio de sintomáticos respiratorios se requería de 4 médicos y 4 enfermeras para cubrir turnos de 24 horas. Inicialmente se solicitó voluntarios; el pedido fue realizado en forma verbal al grupo de médicos familiares. De los 10 médicos familiares que somos, solo hubo un voluntario. Luego intentaron disponer a médicos rurales de algunos establecimientos de salud más pequeños y una de las rurales designadas renunció. “No, doctor, a mí no me ponga a atender COVID-19 por favor, yo tengo problemas de ansiedad, tengo familia” la médica rural reclamaba llorando con desesperación al médico encargado de provisión de servicios, “mi plaza de la rural es en el Lazul, usted no me puede mover”. El médico a cargo de provisión de servicios le explica que el distrito de salud tiene la potestad de movilizar al personal según necesidades institucionales siempre y cuando sea en la modalidad de itinerancia, es decir, cambiarles de lugar de trabajo por no más de tres meses. Ante esa respuesta del médico encargado la médica rural presentó su renuncia. Al final del día, se tuvo que disponer a dedo a los profesionales para la atención en el consultorio de sintomáticos respiratorios.

Una de las compañeras médicas familiares, Dra. Emi, a quien le dispusieron que trabaje en el improvisado consultorio de sintomáticos respiratorios preguntó: “este es un servicio hospitalario ¿por qué están movilizándolo al personal de primer nivel (establecimientos de salud) y no utilizan a su propio personal del hospital? ¿qué corona tienen ellos? Este rato no tienen ni mucha demanda en hospitalización”. A lo que las autoridades del hospital respondieron que no pueden exponer a sus funcionarios porque ellos deben atender a los pacientes no COVID-19 y no pueden causar contaminación cruzada. Hay que tener en cuenta que, en los establecimientos de salud, los médicos y enfermeros atienden a pacientes con síntomas respiratorios, a pacientes con COVID-19 y también a pacientes no COVID-19. ¿Por qué en los establecimientos de salud no se hace nada para prevenir la contaminación cruzada? ¿No deberían también aumentar el personal en los establecimientos

de salud? ¿Cuáles son los parámetros con los que se decide quiénes son los profesionales que deben exponerse a la COVID-19 y quiénes no? Estas preguntas en realidad no tienen respuesta, al menos no una formal desde los espacios de organización de servicios de salud públicos. Puedo simplemente tratar de responderlas desde mi experiencia como médica y como etnógrafa.

La Dra. Emi es conocida por ser sumamente organizada y metódica. Es de las personas que tiene todos sus documentos organizados y sabe exactamente dónde están las cosas; lleva siempre consigo su agenda para planificar todo con mucho detalle. La Dra. Emi tiene dos hijos de 12 y 8 años respectivamente, es divorciada y crió a sus hijos sin la ayuda de su exesposo. Todos la vemos como una mujer fuerte y profesionalmente es un ejemplo a seguir. En las reuniones siempre defiende su postura con buenos argumentos y cuando no está de acuerdo con algo no solo se queja sino presenta propuestas.

Cuando habilitaron el consultorio de sintomáticos respiratorios movilizaron a médicos y enfermeros de primer nivel, es decir de los establecimientos de salud, para que cubran los turnos; la Dra. Emi fue una de ellas. La Dra. Emi, una vez en el consultorio de sintomáticos respiratorios no solo se limitó a atender con lo que le entregaron, sino hizo una lista de requerimientos e implementos para equipar mejor el servicio y solicitó una reunión con las autoridades del hospital para tratar de suplir algunas de las deficiencias que encontró en ese espacio.

Un mes después de iniciar sus turnos en el consultorio, me llamó para decir que tenía síntomas respiratorios, sentía dificultad para respirar. Dos días antes habían atendido a la Sra. Cristina (el caso COVID-19 positivo que comenté anteriormente), quien requería de cuidados que involucraban contacto cercano. La Dra. Emi vive en una ciudad aledaña, en teoría ella no corresponde a nuestro distrito. Sabíamos que, en su ciudad, había muchos más casos y los establecimientos de salud de allá se iban a demorar mucho en evaluarle y tomarle el hisopado para la prueba de RT-PCR. El Dr. Carlos y yo decidimos hisoparle porque sentíamos que sí correspondía tratar sus síntomas donde ella estaba trabajando como médica de primera línea. Ese mismo día, luego de las tomas de muestra programadas viajamos a la

casa de la Dra. Eli para tomarle la muestra. Era en los primeros meses de la pandemia, cuando todavía no teníamos demasiados casos y teníamos el tiempo para viajar a la ciudad aledaña.

La Dra. Emi nos hizo pasar a su departamento que queda en el tercer piso de una casa de 3 pisos. Estaba viviendo sola. Para proteger a sus hijos, los envió a vivir con el padre. Ella no había visto a sus hijos en persona desde que comenzó a trabajar en el consultorio de sintomáticos respiratorios, pues es un área en el que hay una exposición de alto riesgo. Nos cuenta con la voz temblorosa y lágrimas en los ojos que los ve por zoom para ayudarles en los deberes todos los días, pero extraña abrazarlos y hasta extraña la bulla que hacían en casa.

Yo pienso que sí nos protegemos bien en el trabajo, creía que sí podría tenerlos acá en el depar. Puedo usar la mascarilla dentro del depar y podemos mantener distancia, y así al menos los veo aquí en el depar. Pero el papá de ellos dice que es mejor que no vivan aquí, porque si viven aquí no pudieran ir a visitar a su abuela porque habría un riesgo alto de exponer a su abuela a la COVID-19. Parece que el papá de mis hijos tuvo razón. Ya estoy con síntomas, mejor que se hayan ido. (notas de campo 10/04/2020)

Lo dijo con una impotencia marcada, sin querer darle la razón a su exesposo, pero tenía síntomas y nosotros estábamos allí para cogerle la muestra de hisopado. ¿Cuándo sale el resultado? preguntó la Dra. Emi. “Se están demorando de 5 a 8 días Emi,” le respondo. “Ya no te preocupes, mejor cuídate y descansa y tómallo como vacaciones obligadas. Si no sale el resultado hasta tu siguiente turno igual ya deben conseguirte un reemplazo”. Ella me contesta con la voz todavía temblorosa: “¿Descansar? ya no queda de otra que cuidarme yo misma. No ves, los vecinos también me huyen, cuando yo llego todos se encierran bien en sus casas hasta que yo suba a mi depar y luego salen a echar cloro y alcohol en las gradas”. El Dr. Carlos, para cerrar la visita le dice: “no creo que te vengan a revisar los del subcentro de acá, tal vez te llamen no más y para nosotros está muy lejos para ofrecerte que te vamos a venir a ver. Pero si te pones mal o necesitas algo nos avisas, y te venimos a ver”. No queríamos dejarla sola, pero todavía teníamos que llevar todas las muestras al laboratorio y tampoco queríamos darle falsas expectativas sobre el tipo de cuidado que nosotros podríamos realizar. Si estaba contagiada y sus síntomas no eran graves, ella tenía razón que la única que

iba a cuidar de ella era ella misma. Aunque su prueba de COVID en ese momento salió negativa, meses más tarde dio positivo en una prueba de anticuerpos. No tenemos la certeza de que se contagió, pero tampoco de que no se contagió.

Era común a inicios de la pandemia que los que trabajamos en primera línea nos aislemos voluntariamente de nuestras familias. Yo comencé a dormir en otro cuarto, separado de mi esposo. Por las largas horas de trabajo le veía unos pocos minutos en las mañanas antes de ir a trabajar porque la mayoría de las noches llegaba a casa pasado las 10 pm cuando él ya estaba dormido. Uno de los choferes de la covid-móvil dijo una vez: “para mí mejor llegar bien noche, porque así no viene mi hija a abrazarme. Es feo que ella corra hacia mi y tener que decirle que no me abraze”. Estábamos conscientes de que nuestro trabajo nos hacía personas de alto riesgo para nuestras familias, debíamos distanciarnos de nuestros seres queridos para protegerlos. Pero también eran momentos en los que más deseábamos un abrazo, el poder descansar la cabeza sobre el hombro de nuestro familiar, compartir una comida con ellos y charlar por más de 15 minutos sobre los acontecimientos del día sin tener que mantener dos metros de distancia. La pandemia nos estaba exprimiendo emocionalmente, pero por temor a contagiar a nuestros seres queridos, nos mantuvimos distanciados de ellos y no podíamos recibir su cuidado y apoyo, afectos que tanto necesitábamos.

Bajo todo el sobretrabajo y el desgaste emocional y sin poder apoyarnos en nuestras familias, recurrimos a nuestros compañeros de trabajo para encontrar empatía y compañía. Habíamos formado una comunidad, una “communitas” o “solidaridad de desastre” como plantea Jencson (2001) . Una comunidad sentida más intensa, más estrecha, porque los miembros comparten iguales experiencias y emociones muy profundas causadas por el estrés de un desastre. En la descripción de Jencson, habla de que una de las condiciones que favoreció a esta solidaridad era el aislamiento espacial en la que se encontraban los pobladores del valle de Red River después de la inundación de su población que vivieron en 1997, bloqueados por los derrumbes y destrucción de vías de acceso. En nuestro caso, aunque el aislamiento no era tanto territorial, puesto que como funcionarios de la salud éramos de las pocas personas que podíamos trasladarnos libremente, vivíamos un marcado aislamiento social. Jencson continúa explicando que este sentido de aislamiento es

comparable con una situación de guerra. Nosotros mismos nos hemos referido a las salidas de las visitas COVID-19 como “salir al campo de batalla”; hablábamos de “vencer a la COVID-19” y de “no rendirse”. Interesantemente usábamos el tipo de metáforas que Sontag (1978) califica de “punitivista” y “fantasías sentimentales” sobre la enfermedad.

El ser metódicos en las normas de bioseguridad día y noche era agotador, al saber, además, que fallar significaba contagiarse. Es decir, vivíamos en un riesgo inminente. El no tener contacto físico ni con los compañeros ni con la familia era extenuante. Al inicio, guardamos distancia entre nosotros, comíamos separados respetando las medidas de bioseguridad; pero con el pasar de la pandemia, estas eran las personas a las que abrazábamos, con quienes comíamos, reíamos y también llorábamos. Alguna vez en una conversación sin mascarilla, en el almuerzo, en donde estábamos unas 8 personas entre médicos, enfermeros y TAPS, una de las enfermeras comenta: “y ahora, ¿si uno de nosotros sale positivo, nos iremos todos aislados, y quién va a atender”. A lo que otra enfermera responde: “ya nada, les toca cerrar el centro de salud, igual la gente ni quiere que les visitemos, o así como nos mueven al hospital, entonces que traigan gente del hospital al centro de salud”. Uno de los médicos interviene: “no van a mover a nadie del hospital a un centro de salud nunca, pero igual si no está abierto el centro de salud, todos los pacientes pueden ir a hacerse atender en el hospital”. Estábamos todos tan cansados que lo menos que nos importaba era si nos contagiábamos o no entre nosotros, igual ya estábamos aislados de nuestras familias. Al final alguien más hace el último comentario: “ya pues, si uno de nosotros se enferma, cerramos el centro de salud, traemos colchones y nos aislamos todos aquí. Esto es como la guerra, cae uno, caemos todos”.

El desgaste en los profesionales de la salud no era solo físico, era también emocional. Antes de la pandemia, ya existía inconformidad con los servicios de la salud pública por parte de ciertas personas. No quiero dar la idea de que no hay personas muy agradecidas a pesar de nuestra mediana calidad de atención. Como en el caso del señor que ocupó la cama junto a John, hay pacientes que nos agradecen por una “excelente atención”. Pero en la pandemia hemos también tenido que enfrentar muchos maltratos y desprecios por parte de los pacientes. Al aumentar los casos COVID-19, cuando ya no lográbamos hacer las visitas de forma diaria, o nos demorábamos en entregarles los resultados, la relación médico-paciente se volvía cada

vez más áspera y tensa. “No sirven de nada, no tienen ni un paracetamol, para qué vienen”. “¿Cómo es posible que yo sea negativa si toda mi familia está positiva?, por eso digo que el MSP no sirve de nada, mejor me voy a hacer la prueba en una clínica [privada]”. “Nos podemos morir aquí hasta que ustedes vengan a vernos”. “Por qué me voy a hacer la prueba si no vivo con ellos, ustedes solo quieren hacernos parte de sus números y encerrarnos. Igual a mi ya me pasó la gripe, me dio 2 días y ya me pasó”. Los jóvenes médicos rurales recibían este tipo de reclamos a diario, y a medida que avanzó la pandemia los comentarios se volvieron más lacerantes contra todo el personal. Muchos tenían miedo de volver a las casas de esos pacientes.

Hubo un momento en la que “la guerra” ya no se sentía contra la COVID-19 sino contra los pacientes. Yates-Doerr (2020), siguiendo a Sontag, explica que usar la metáfora de guerra naturaliza la violencia en momentos en los cuales lo que más necesitamos es reparación y sanación; sugiere que desviemos nuestra atención más bien a los cuidados que todos necesitamos. Avanzada la pandemia, no era extraño escuchar las quejas de los médicos en contra de los pacientes. Los pacientes personificaban la COVID-19, muchos de los casos se contagiaban en reuniones familiares “no esenciales” y nosotros tendíamos a culparles por haberse contagiado. Sentíamos que ellos actuaban de forma egoísta y no veían nuestra situación. Sentíamos que la gente no se daba cuenta de que nosotros ya estábamos agotados, que nos encantaría tomar un descanso y también ir a reunirnos con nuestras familias y no podíamos porque ellos seguían contagiándose. En una que otra ocasión, los médicos—normalmente médicos que han trabajado más tiempo en el MSP—no se quedaban callados y respondían: “está bien, firme aquí para que no diga que no le venimos a ver y vaya a gastar la plata en su clínica”, “¿cree que nos encanta venir a revisarles el fin de semana? Si no se hubieran reunido a comer el chanco yo estuviera en mi casa viendo la televisión este rato”, “vaya y hable con el presidente o con el ministro y dígales que le den un médico sólo para usted”. No era la mejor manera de lidiar con el problema, pero si ejemplificaba el nivel de agotamiento de todos frente a la pandemia. Lo que encontramos es un manejo poco adecuado de las necesidades reales sociales, emocionales, económicas y afectivas tanto de las personas que estaban obligadas a permanecer encerradas para resguardarse del virus, así como de quienes estábamos obligados a estar permanentemente expuestos al virus.

La COVID-19 nos ha hecho ver de forma clara cómo el ser humano está interconectado, cómo las acciones de una persona pueden repercutir en miles de otras.

Se dice que la COVID-19 es una enfermedad que no ve estatus social, lugar geográfico o condición económica, pero el riesgo de contraer la enfermedad no es el mismo para todos. En este punto tenemos además información que muestra la inequidad con la que la pandemia ha afectado a diversas poblaciones alrededor del mundo (Ahmed et al., 2020; Patel et al., 2020). Sabemos cómo disminuir al mínimo la probabilidad de contagiarse, pero no todos tienen el privilegio de seguir las recomendaciones. Las personas muchas veces deben cuidarse no sólo de la COVID-19, sino también de pasar hambre, de perder su sustento diario, de afectaciones a su salud mental y en muchas ocasiones de violencia física, psicológica o sexual. Temas que sobrepasan la temática de esta tesis pero que deben ser tomados en cuenta en investigaciones futuras.

Durante el curso de la enfermedad, el acceso a los cuidados de la salud también depende de realidades específicas, geográficas, sociales, económicas e históricas. Los sistemas de salud pública con frecuencia quedan para las personas que tienen menores recursos porque quienes pueden pagan por un trato preferencial a través de sistemas de salud privados—incluso contratando personal de salud para ser atendidos en su propia casa. Las posibilidades de cuidados o des-cuidados están ligadas a las posibilidades reales de diversas poblaciones de aislarse o no, de trabajar desde casa o no, de tener recursos materiales, económicos y emocionales de apoyo o no tenerlos.

Ha sido desalentador cómo la COVID-19 ha evidenciado con mayor fuerza las inequidades ya existentes en nuestro país. En alguna medida, reconfortante ver cómo las personas han unido fuerzas, cada uno desde su condición, su posición y con sus recursos para mitigar la pandemia. Pero mientras no existan políticas sociales adecuadas, un sistema de salud público fuerte y con suficientes recursos, aún con la suma de todos los cuidados improvisados y fragmentados, no será suficiente para enfrentarnos a los pequeños y grandes desastres.

CONCLUSIONES

La pandemia de la COVID-19 nos tomó por sorpresa a la mayoría de personas. Sin embargo, no lo fue para muchos expertos. Estos expertos, luego de la epidemia del SARS¹⁸ en el 2003, la del ébola en 2013 y la de Zika en 2015, han venido advirtiendo sobre la alta posibilidad de una nueva epidemia y/o pandemia, pero la comunidad internacional no les prestó oído. La enfermedad del SARS se contuvo con 8,439 casos detectados y con 812 muertes distribuidos en 32 países y la comunidad internacional se felicitó por el logro (OMS, 2006). Tras la epidemia, los organismos internacionales identificaron problemas en la salud pública que deben mejorarse para evitar otro brote, pero se hizo poco al respecto y todo quedó en el olvido una vez superada la emergencia. Años más tarde, en el 2014 África occidental vivió la epidemia del ébola y esa experiencia también fue archivada en la historia. Ambas epidemias se sintieron distantes y los gobiernos locales no prestaron mucha atención aún cuando muchos expertos expresaban gran preocupación sobre la alta probabilidad de la siguiente epidemia. A pesar de que organismos internacionales como la OMS vienen trabajando hace algunos años en sistemas de alerta y manejo de crisis sanitarias, estos protocolos no han sido suficientes y seguimos “mal preparados” (Lakoff, 2017). Seis años después del ébola, los sistemas de salud tampoco estuvieron preparados para la COVID-19, comprobando la veracidad del dicho popular “los pueblos que olvidan su historia están condenados a repetirla”.

La COVID-19 por sus características, especialmente la posibilidad de ser transmitido aún cuando los portadores son asintomáticos llegó a afectar a todos los rincones del mundo, incluyendo zonas rurales aisladas y muy remotas. La COVID-19 permitió al mundo ver con claridad las deficiencias de la salud pública aún en los países más desarrollados y abrió un espacio de discusión y reflexión sobre las prioridades de la agenda mundial. La salud fue declarada un derecho universal pero las políticas tanto locales como internacionales no han logrado garantizar este derecho. En esta tesis pude ver en detalle desde la cotidianidad del servicio médico al enfrentar una pandemia, no solo las falencias de nuestro sistema de salud

¹⁸ Severe Acute Respiratory Syndrome o síndrome agudo de dificultad respiratoria severa causada por el coronavirus SARS-CoV-1.

sino también los esfuerzos y las acciones positivas que la gente, desde el territorio realiza para contrarrestar esas falencias y para sobrevivir.

“Los números no mienten” diría un estadístico o un matemático y en parte estoy de acuerdo, pero no mienten cuando los vemos con todo su contexto. Pudimos observar que existe todo un proceso complejo para que se sume un número más al conteo de casos positivos en la estadística nacional. Para que se sume ese número un equipo de salud tuvo que identificar al paciente, verificar contactos y síntomas, tomarle la muestra para el RT-PCR, enviar la muestra a laboratorio, una vez positivo para SARS-CoV-2 el laboratorio lo reporta y recién en ese momento ese caso se suma a la estadística nacional. Pero existen muchos casos a los que el equipo de salud no llegó, existen muchos casos que acuden a clínicas privadas que no son reportados. Estoy segura, con esta investigación que los casos en el Ecuador están subreportados. El gobierno utiliza estas cifras para hacer declaraciones como “Ecuador es un referente del manejo de la COVID-19 en América Latina”¹⁹ porque el número oficial de contagios y muertes es baja en relación al millón de habitantes. Sin embargo, además de lo documentado en esta tesis, hoy sabemos que existen más de 40 000 muertes “en exceso” entre marzo 2020 y marzo 2021. Si bien no todas serán casos COVID-19 ya que muchas personas murieron por la falta de atención médica en un sistema colapsado, hay muchos muertos que nunca fueron testeados y por lo tanto no cuentan en las estadísticas oficiales de muerte por COVID-19. Vemos, por lo tanto, que no todos los números son iguales.

La infraestructura digital moderna promete la recopilación de información de manera rápida. No hay duda de que gracias a la tecnología es posible actualizarnos diariamente sobre el número de contagios a nivel local y mundial, y esto permite que los líderes puedan tomar decisiones al instante. La población general por su lado también ha ido modificando su comportamiento dependiendo de estas cifras, muchas veces sin hacer caso a las recomendaciones o disposiciones de las autoridades. Pero hay que tener en cuenta que esta infraestructura digital en las zonas rurales, como el área en donde fue hecha esta investigación, no cuenta con todas las facilidades para llegar a todo su potencial. Y no está de más recordar

¹⁹ <https://notimundo.com.ec/juan-carlos-zevallos-hoy-el-ecuador-es-el-pais-referente-del-manejo-de-la-pandemia-en-america-latina/>

que el diseño de estas infraestructuras tenían otros objetivos en mente y en el proceso de diseño no se tuvo en cuenta las necesidades de las zonas rurales. Las decisiones que se toman basadas solamente en los números sin tener en consideración del contexto pueden ser perjudiciales porque pueden no tener concordancia con la realidad.

Dejando de lado la credibilidad de las cifras oficiales, los números y las estadísticas sirven para hacer análisis comparativos y predictivos. Estas predicciones, aún cuando no necesariamente se hacen realidad en el 100% de los casos, nos dan una pauta importante para accionar. Lamentablemente, los números pueden ser interpretados de diferentes maneras según los objetivos y los intereses de las personas que lo utilizan. Uno de los cuatro ministros de salud que ha ocupado el cargo en lo que va de la pandemia, Juan Carlos Zevallos, interpretó las cifras del Ecuador como un logro mientras que muchos de los que trabajábamos en territorio interpretábamos las cifras como una incapacidad diagnóstica. Si el gobierno y las autoridades se refieren al manejo de la pandemia en el Ecuador como un “referente” entonces ya no habría la necesidad de “mejorar”; dejamos de ver las deficiencias y nos conformamos con la situación actual.

El sistema de salud pública del Ecuador tiene, en teoría, una misión y una visión muy noble, pero la forma en la que es ejecutada no permite cumplir con sus objetivos. Las personas a cargo de la salud pública en el país responden más a las necesidades políticas que a las necesidades para garantizar el derecho a la salud de la gente. ¿Qué podemos esperar de las cabezas del MSP de nuestro país cuando las mismas autoridades no confían en ellos para que manejen la pandemia o simplemente no les dejan que influyan en la toma de decisiones? Las disposiciones generales desde el gobierno central no se basan en criterios científicos y las personas que están a cargo en la localidad no tienen formación o criterio suficiente para desafiarlas. El hecho de que los puestos de coordinación y dirección sean nombrados políticamente, crea un sistema perverso en el que el principal objetivo de estas autoridades es preservar su puesto lo cual hace que actúen ciegamente para complacer a sus superiores.

Mientras la incapacidad del sistema y de las autoridades para responder a la pandemia persista, las personas que trabajamos en territorio y los pacientes mismos tenemos que adaptarnos para cuidar a los pacientes COVID-19. La capacidad de respuesta para identificar,

diagnosticar, aislar, tratar y hacer seguimiento de los casos COVID-19 en nuestro distrito no solo no mejoró sino que disminuyó. Con el pasar del tiempo nos quedábamos sin medicación y en el momento más crítico de nuestra localidad perdimos personal de salud. El personal de salud entre médicos y enfermeros se redujo a la mitad mientras los casos aumentaban. La calidad de cuidados que el MSP podía ofrecer a la ciudadanía era deficiente y la relación médico paciente se volvió sumamente áspera. Los pacientes llenos de temor se desesperaban en la casa esperando que lleguemos a atenderles. Nosotros, cortos de personal, no alcanzábamos a llegar a todas las notificaciones. Los pacientes reclamaban por su derecho a la atención médica. Nosotros cansados y sobretrabajados culpábamos a los pacientes por haberse contagiado.

La deficiencia en la capacidad de los servicios de salud y la mala calidad de la atención pronto se difundió entre la población. Con el pasar de los meses, los pacientes ya no querían ser atendidos por el MSP y así, los familiares de los pacientes comenzaron a hacerse cargo ellos mismos del cuidado de los pacientes COVID-19. Muchos, a pesar de sus escasos recursos, se las ingeniaron para darles cuidados hospitalarios en los domicilios. Los familiares estaban dispuestos a aprender habilidades de cuidados médicos y de enfermería a cambio de tener a sus familiares en casa.

Trabajar en el Ministerio de Salud Pública por tanto tiempo me ha hecho, en cierta manera, insensible a las deficiencias. Nos hemos acostumbrado a la (in)capacidad del sistema y nos consolamos con el discurso de “antes era peor”. No es hasta la pandemia, cuando todas estas deficiencias han sido amplificadas, que nos dimos cuenta que conformarse con el estado actual de la salud pública es un crimen que atenta contra el derecho a la salud de las personas. Las personas más vulnerables y con escasos recursos tienen acceso únicamente a nuestro deficiente sistema de salud pública y es nuestra obligación mejorar los servicios porque como manda la declaración universal de derechos humanos: la salud es un derecho de todos.

Es importante también resaltar que los profesionales de la salud hemos tenido que extendernos en nuestros horarios de trabajo, hemos tenido que improvisar e ignorar algunas recomendaciones médicas y científicas al momento de manejar a los pacientes debido a los

escasos recursos. El trabajo bajo este nivel de presión, sumado a nuestro temor de llevar el virus a casa, ha tenido graves secuelas en la salud mental del personal de salud. Es seguro que en un futuro no tan lejano comenzaremos a ver las consecuencias psicológicas en todas las personas que trabajamos en primera línea. A pesar del apoyo de los compañeros de trabajo debemos tomar este momento como el tiempo de cambiar la manera de cuidar y de cuidarnos.

La realización de esta tesis desde la disciplina de la antropología me ha permitido observar a la COVID-19 desde una visión más amplia lo cual ha contribuido de forma muy positiva a mi ejercicio diario como médica durante la pandemia. Estoy segura de que aportará mucho en mi vida profesional futura. Esta investigación ha puesto en claro la importancia de abordar los problemas desde las diferentes disciplinas, pero no de una forma fragmentada. Es importante crear un tejido en el que los diferentes hilos de conocimiento se reconozcan con igual de importancia y relevancia.

La posibilidad de abordar la COVID-19 desde la antropología hace evidente que esta pandemia es una complicación de las varias patologías sociales mal tratadas o sin tratamiento, es decir conjuga mucho más que las deficiencias médicas y de salud. Al tratar una enfermedad no basta tratar los síntomas, hay que cortar el problema de raíz, hay que combatir el agente causal de la enfermedad. En este caso, la COVID-19 ha dejado ya una cicatriz, debemos combatir a las patologías de fondo para que no emerjan nuevos síntomas y causen más cicatrices. Esto quiere decir que debemos entender la manera en la que estamos interrelacionados a nivel global, así como los efectos de problemáticas que tienen directo efecto en esta y futuras pandemias. Los efectos del cambio climático, las desigualdades sociales, la falta de acceso a recursos básicos como vivienda, agua y alimentación son solo algunos de ellos.

Según las predicciones epidemiológicas todavía nos quedan algunos meses antes de poder declarar el fin de esta pandemia. Esto depende de la tasa de vacunación a nivel global. Estamos viendo nuevos problemas con el acceso inequitativo a las vacunas. Debemos saber que mientras existan lugares donde la gente no tenga acceso a la vacuna el SARS-CoV-2, ésta seguirá siendo una amenaza. Debemos, esta vez sí, aprender de la pandemia de la

COVID-19 e invertir recursos y esfuerzo con el conocimiento adquirido para que esto no vuelva a suceder.

Pero para terminar, quiero dejarles con imágenes esperanzadoras de las primeras fases del proceso de vacunación.



Imagen 8: Reconstituyendo las vacunas contra el SARS-CoV-2 para ser inoculadas en los profesionales de la salud de los cantones nororientales del Azuay.

Foto: Fu Yu Chang



Imagen 9: Jornada de vacunación en la fase 1 (adultos mayores) en una parroquial rural del Azuay.

Foto: Fu Yu Chang

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowitz, S. (2017). Epidemics (Especially Ebola). *Annual Review of Anthropology*, 13, 42.
<https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102116>
- Adams, V. (2013). *Markets of sorrow, labors of faith: New Orleans in the wake of Katrina*. Duke University Press.
- Ahmed, F., Ahmed, N., Pissarides, C., & Stiglitz, J. (2020). Why inequality could spread COVID-19. In *The Lancet. Public Health* (Vol. 5, pp. 1015–1018). Lancet Publishing Group.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30673-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30673-5)
- Andaya, E. (2019). Race-ing Time: Clinical Temporalities and Inequality in Public Prenatal Care. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 38(8), 651–663.
<https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1590826>
- Author, F., Bourgois, P., Lettiere, M., & Quesada, J. (1997). Social Misery and the Sanctions of Substance Abuse: Confronting HIV Risk among Homeless Heroin Addicts in San. In *Source: Social Problems* (Vol. 44, Issue 2).
- Bernard, H. R. (1974). Scientists and Policy Makers: An Ethnography of Communication. *Human Organization*, 33(3), 261–276.
- Biehl, J., & Locke, P. (2010). Deleuze and the anthropology of becoming. *Current Anthropology*, 51(3), 317–351. <https://doi.org/10.1086/651466>
- Bonilla, Y., & LeBrón, M. (2019). *Aftershocks of disaster: Puerto Rico before and after the storm*. Haymarket Books.
- Borovoy, A., & Zhang, L. (2017). Between Biopolitical Governance and Care: Rethinking Health, Selfhood, and Social Welfare in East Asia. In *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness* (Vol. 36, Issue 1, pp. 1–5). Taylor and Francis Inc.
<https://doi.org/10.1080/01459740.2016.1158178>
- Bourgois, P., Holmes, S. M., Sue, K., & Quesada, J. (2017). Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(3), 299–307.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001294>
- Bush, C. G. (2009). Women and the assessment of technology: to think, to be; to unthink, to free. *Readings in the Philosophy of Technology*, 112–126.



- Closser, S. (2020). The Corruption Game: Health Systems, International Agencies, and the State in South Asia. *Medical Anthropology Quarterly*, 34(2), 268–285.
<https://doi.org/10.1111/maq.12549>
- Coronavirus timeline: Tracking the critical moments of Covid-19*. (n.d.). Retrieved February 26, 2021, from <https://www.nbcnews.com/health/health-news/coronavirus-timeline-tracking-critical-moments-covid-19-n1154341>
- de La Bellacasa, M. P. (2017). *Matters of care: Speculative ethics in more than human worlds* (Vol. 41). U of Minnesota Press.
- Dumit, J. (2012). *Drugs for life: how pharmaceutical companies define our health*. Duke University Press.
- Edmunds, M., Peddicord, D., & Frisse, M. E. (2015). The evolution of health information technology policy in the United States. In *Healthcare Information Management Systems: Cases, Strategies, and Solutions: Fourth Edition* (pp. 139–162). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-20765-0_8
- Erikson, S. L. (2012). Global Health Business: The Production and Performativity of Statistics in Sierra Leone and Germany. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 31(4), 367–384. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.621908>
- Farmer, P. (2020). *Fevers, feuds, and diamonds: Ebola and the ravages of history*. Farrar, Straus and Giroux.
- Farmer, P., Kim, J. Y., Kleinman, A., & Basilio, M. (2013). *Reimagining global health: an introduction* (Vol. 26). Univ of California Press.
- Fortun, K. (2009). *Advocacy after Bhopal: Environmentalism, disaster, new global orders*. University of Chicago Press.
- From Jan. 2020: China Identifies New Virus Causing Pneumonia-like Illness - The New York Times*. (n.d.). Retrieved February 26, 2021, from <https://www.nytimes.com/2020/01/08/health/china-pneumonia-outbreak-virus.html?searchResultPosition=1>
- Genomic Study Points to Natural Origin of COVID-19 – NIH Director’s Blog*. (n.d.). Retrieved May 10, 2020, from <https://directorsblog.nih.gov/2020/03/26/genomic-research-points-to-natural-origin-of-covid-19/>
- Green, L. (1994). Fear as a Way of Life. *Cultural Anthropology*, 9(2), 227–256.
- Grief on the Front Line--and Beyond - Scientific American*. (n.d.). Retrieved May 4, 2020, from <https://www.scientificamerican.com/interactive/grief-on-the-front-line-and-beyond/>

- Han, C. (2011). Symptoms Of Another Life: Time, Possibility, and Domestic Relations In Chile's Credit Economy. *Cultural Anthropology*, 26(1), 7–32. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1360.2010.01078.x>
- Han, C. (2012). *Life in debt: Times of care and violence in neoliberal Chile*. Univ of California Press.
- Haraway, D. J. (2016). *Staying with the trouble: Making kin in the Chthulucene*. Duke University Press.
- Health care worker suicides hint at Covid-19 mental health crisis to come*. (n.d.). Retrieved May 2, 2020, from <https://www.statnews.com/2020/04/30/suicides-two-health-care-workers-hint-at-covid-19-mental-health-crisis-to-come/>
- Henry, E. S. (2020). Reconstituting China in a Time of Pandemic. *Anthropology Now*, 12(1), 50–54. <https://doi.org/10.1080/19428200.2020.1761210>
- Hobart, H. J. K., & Kneese, T. (2020). Radical care: Survival strategies for uncertain times. *Social Text*, 38(1), 1–16. <https://doi.org/10.1215/01642472-7971067>
- How we can avoid screwing up the response to Covid-19 again - STAT*. (n.d.). Retrieved June 6, 2020, from <https://www.statnews.com/2020/06/05/how-world-can-avoid-screwing-covid-19-response-again/>
- Hunt, L. M., Bell, H. S., Baker, A. M., & Howard, H. A. (2017). Electronic Health Records and the Disappearing Patient. *Medical Anthropology Quarterly*, 31(3), 403–421. <https://doi.org/10.1111/maq.12375>
- Ingold, T. (2017). Anthropology contra ethnography. In *HAU: Journal of Ethnographic Theory* (Vol. 7, Issue 1, pp. 21–26). School of Social and Political Sciences. <https://doi.org/10.14318/hau7.1.005>
- Inhorn, M., & Wentzell, E. (2012). *Medical anthropology at the intersections*. Duke University Press.
- Jencson, L. (2001). *Disastrous Rites: Liminality and Communitas in a Flood Crisis*.
- Johnson, G. A., & Vindrola-Padros, C. (2017). Rapid qualitative research methods during complex health emergencies: A systematic review of the literature. In *Social Science and Medicine* (Vol. 189, pp. 63–75). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.07.029>
- Kleinman, A. (2012). Caregiving as moral experience. In *The Lancet* (Vol. 380, Issue 9853, pp. 1550–1551). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61870-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61870-4)
- Leach, M. (2015). The Ebola Crisis and Post-2015 Development. *Journal of International Development*, 27(6), 816–834.



- Leach, M. (2020a). Echoes of Ebola: social and political warnings for the COVID-19 response in African settings. *Echoes*.
- Leach, M. (2020b). Echoes of Ebola: social and political warnings for the COVID-19 response in African settings. *Echoes*.
- Lindenbaum, S. (2001). *KURU, PRIONS, AND HUMAN AFFAIRS: Thinking About Epidemics*. www.annualreviews.org
- Livingston, J. (2012). *Improvising medicine: an African oncology ward in an emerging cancer epidemic*. Duke University Press.
- Lurie, N., Manolio, T., Patterson, A. P., Collins, F., & Frieden, T. (2013). Research as a Part of Public Health Emergency Response. In *n engl j med* (Vol. 13).
- Manderson, L., & Levine, S. (2020). COVID-19, Risk, Fear, and Fall-out. In *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness* (Vol. 39, Issue 5, pp. 367–370). Taylor and Francis Inc. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1746301>
- Martin, E. (2009). *Bipolar expeditions: Mania and depression in American culture*. Princeton University Press.
- Mckinnon, S., Cannell, F., Bear, L., Bodenhorn, B., Carsten, J., & Feeley-Harnik, G. (2013). *Vital relations*.
- McLean, K. E. (2020). Caregiving in Crisis: Fatherhood Refashioned by Sierra Leone's Ebola Epidemic. *Medical Anthropology Quarterly*, 34(2), 227–242. <https://doi.org/10.1111/maq.12556>
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge.
- Murphy, M. (2015). Unsettling care: Troubling transnational itineraries of care in feminist health practices. *Social Studies of Science*, 45(5), 717–737. <https://doi.org/10.1177/0306312715589136>
- Nading, A. M. (2012). Dengue mosquitoes are single mothers: Biopolitics Meets Ecological Aesthetics in Nicaraguan Community Health Work. *Cultural Anthropology*, 27(4), 572–596. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1360.2012.01162.x>
- Navaie-Waliser, M., Spriggs, A., & Feldman, P. (2002). Informal Caregiving. Differential Experiences by Gender. *Medical Care*, 40(12), 1249–1259.

- Novak, L., & Harris, J. (2020). Anthropology and Informatics in Health Care. In *Oxford Research Encyclopedia of Anthropology*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190854584.013.6>
- Oliver-Smith, A. (1996). ANTHROPOLOGICAL RESEARCH ON HAZARDS AND DISASTERS. In *Annu. Rev. Anthropol* (Vol. 25). www.annualreviews.org
- O'neil, C. (2016). *Weapons of math destruction: How big data increases inequality and threatens democracy*. Broadway Books.
- Opinion | The Secret Life of a Coronavirus - The New York Times*. (n.d.). Retrieved February 26, 2021, from <https://www.nytimes.com/2021/02/26/opinion/sunday/coronavirus-alive-dead.html>
- Panther-Brick, C. (2014). Health, risk, and resilience: Interdisciplinary concepts and applications. *Annual Review of Anthropology*, 43, 431–448.
- Patel, J. A., Nielsen, F. B. H., Badiani, A. A., Assi, S., Patel, B., & Ravindrane, R. (2020). Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public Health*, 183, 110–111.
<https://doi.org/10.1111/j.1475>
- Penley, C., Ross, A., & Haraway, D. (1990). Cyborgs at large: interview with Donna Haraway. *Social Text*, 25/26, 8–23.
- Pfeiffer, J., & Nichter, M. (2008). What Can Critical Medical Anthropology Contribute to Global Health? A Health Systems. *Source: Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), 410–415.
<https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2008.00041.x>
- Poirier, L. (2017). Devious design: Digital infrastructure challenges for experimental ethnography. *Design Issues*, 33(2), 70–83. https://doi.org/10.1162/DESI_a_00440
- Psychological Trauma Is the Next Crisis for Coronavirus Health Workers - Scientific American*. (n.d.). Retrieved May 4, 2020, from <https://www.scientificamerican.com/article/psychological-trauma-is-the-next-crisis-for-coronavirus-health-workers/>
- Puig de la Bellacasa, M. (2012). “Nothing comes without its world”: Thinking with care. *Sociological Review*, 60(2), 197–216. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2012.02070.x>
- Ribes, D. (2019). STS, Meet Data Science, Once Again. *Science Technology and Human Values*, 44(3), 514–539. <https://doi.org/10.1177/0162243918798899>
- Ribes, D. (2017). Notes on the concept of data interoperability: Cases from an ecology of AIDS research infrastructures. *Proceedings of the ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work, CSCW*, 1514–1526. <https://doi.org/10.1145/2998181.2998344>

- Roberts, E. F. S. (2017). What gets inside: Violent entanglements and toxic boundaries in Mexico City. *Cultural Anthropology*, 32(4), 592–619. <https://doi.org/10.14506/ca32.4.07>
- Ruckenstein, M., Dow, N., & Schüll, S. S. (2017). The Datafication of Health. *Annual Review of Anthropology Annu. Rev. Anthropol*, 46, 261–278. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102116>
- Salazar, C. (2017). Social Contract on Elderly Caregiving in Contemporary Chile. *Anthropology & Aging*, 38(1), 60–79. <https://doi.org/10.5195/aa.2017.134>
- Sangaramoorthy, T. (2018). “Putting Band-Aids on Things That Need Stitches”: Immigration and the Landscape of Care in Rural America. *American Anthropologist*, 120(3), 487–499. <https://doi.org/10.1111/aman.13054>
- Sangaramoorthy, T., & Benton, A. (2012). Enumeration, Identity, and Health. In *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness* (Vol. 31, Issue 4, pp. 287–291). <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.638684>
- Schavelzon, S. (2010). *La antropología del estado, su lugar y algunas de sus problemáticas*.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Univ of California Press.
- Shore, C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. *Antípoda*, 10, 21–49. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81415652003>
- Snowden, F. M. (2019). *Epidemics and society: from the black death to the present*. Yale University Press.
- Sontag, S. (2001). *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. Macmillan.
- Stewart, K. (2007). *Ordinary affects*. Duke University Press.
- Sullivan, N. (2011). Mediating abundance and scarcity: Implementing an HIV/AIDS-targeted project within a government hospital in Tanzania. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 30(2), 202–221. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.552453>
- Tantchou, J. (2014). Poor working conditions, HIV/AIDS and burnout a study in cameroon. *Anthropology in Action*, 21(3), 31–42. <https://doi.org/10.3167/aia.2014.210305>
- Taylor, L., Sharma, G., Martin, A., & Jameson, S. (n.d.-a). *Data justice and COVID-19 : global perspectives*.
- Taylor, L., Sharma, G., Martin, A., & Jameson, S. (n.d.-b). *Data justice and COVID-19 : global perspectives*.

- The 25th Anniversary of "On Cultural Anesthesia: From Desert Storm to Rodney King" | American Ethnological Society.* (n.d.). Retrieved April 30, 2020, from <https://americanethnologist.org/features/interviews/the-25th-anniversary-of-on-cultural-anesthesia-from-desert-storm-to-rodney-king?fbclid=IwAR3jfr4Vds9jBrmJfTI3MYTs0QLaBkKLNgxW4Ttf453oB0NigA-uvvCNNHU>
- Tironi, M., & Rodríguez-Giralt, I. (2017). Healing, knowing, enduring: Care and politics in damaged worlds. *Sociological Review*, 65(2_suppl), 89–109. <https://doi.org/10.1177/0081176917712874>
- Tousignant, N. (2018). *Edges of Exposure. Toxicology and the Problem of Capacity in Postcolonial Senegal.*
- Tsing, A. L. (2011). *Friction: An ethnography of global connection.* Princeton University Press.
- Urquía, M. L. (n.d.). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología.*
- Whitmarsh, L. (2011). Scepticism and uncertainty about climate change: Dimensions, determinants and change over time. *Global Environmental Change*, 21(2), 690–700. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2011.01.016>
- Wilkinson, A., Parker, M., Martineau, F., & Leach, M. (2017). Engaging 'communities': anthropological insights from the West African Ebola epidemic. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 372(1721), 20160305.
- Winkelstein, W. (2000). *Interface of Epidemiology and History: A Commentary on Past, Present, and Future* (Vol. 22, Issue 1). <https://academic.oup.com/epirev/article/22/1/2/436869>
- Woodhouse, E., & Patton, J. W. (2004). *Design by Society: Science and Technology Studies and the Social Shaping of Design.*
- Wool, Z. H., & Livingston, J. (2017). Collateral Afterworlds. *Social Text*, 35(1 130), 1–15. <https://doi.org/10.1215/01642472-3727960>
- World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2006). *SARS : how a global epidemic was stopped.* World Health Organization, Western Pacific Region.
- Yates-Doerr, E. (2020). The cruelty of war: repairing COVID-19 through healing and care. *Medical Anthropology Quarterly Rapid Response Blog Series.* <https://medanthroquarterly.org/rapid-response/2020/04/the-cruelty-of-war-repairing-covid-19-through-healing-and/>

ABREVIATURAS

ACCESS: Agencia de asesoramiento de la calidad de los servicios de salud y medicina prepagada

ARCSA: Agencia nacional de regulación, control y vigilancia sanitaria

COVID-19: Coronavirus disease 2019

ENI: Estrategia nacional de inmunizaciones

IESS: Instituto ecuatoriano de seguridad social

INSPI: Instituto nacional de investigación en salud pública

MSP: Ministerio de salud pública

OMS: Organización mundial de la salud

PRAS: Plataforma de registro de atención en salud

RT-PCR: Reverse transcription polymerase chain reaction (Reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa)

SARS-CoV-2: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2)

STS: Science and technology studies